



申請人		會 號	
身分證字號		連絡電話	

【繳驗證件】

☐眷屬轉出申請書 ☐新投保單位加保證明

☐其他：_____

申請健保轉出眷屬基本資料

【以下每一欄位都要填寫】

序	申請轉出起始日	眷屬姓名	眷屬身分證字號	申請轉出說明
1	年 月 日			☐ 轉換投保單位 ☐ 年滿 20 歲無在學者。 ☐ 轉換依附投保人 ☐ 服兵役 ☐ 其他：_____
2	年 月 日			☐ 轉換投保單位 ☐ 年滿 20 歲無在學者。 ☐ 轉換依附投保人 ☐ 服兵役 ☐ 其他：_____
3	年 月 日			☐ 轉換投保單位 ☐ 年滿 20 歲無在學者。 ☐ 轉換依附投保人 ☐ 服兵役 ☐ 其他：_____
4	年 月 日			☐ 轉換投保單位 ☐ 年滿 20 歲無在學者。 ☐ 轉換依附投保人 ☐ 服兵役 ☐ 其他：_____
5	年 月 日			☐ 轉換投保單位 ☐ 年滿 20 歲無在學者。 ☐ 轉換依附投保人 ☐ 服兵役 ☐ 其他：_____

備註：

※如有欠/退費費用產生，將另行通知繳納/退費費用。

※填寫完成後請將申請書回傳至本會；傳真簽名申請書，視同正本辦理。

同意臺北市勞動力服務人員職業工會依據上述填寫之資料辦理本人相關事宜，並已詳閱注意事項無誤，特立此書為憑。

此致 臺北市勞動力服務人員職業工會

申請人：_____（簽名）申請日：_____年_____月_____日