**全民健康保險被保險人及眷屬加保申請書**

**申請日期： 年 月 日**

**被保險人 君（出生年月日：身份證字號：　　　） 及眷屬**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 稱 謂 | 姓 名 | 身份證字號 | 出生年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **因合於以下健保投保條件(請勾選) ，請准予自　 　年　 月　 日**

 **參加本校全民健康保險。**

 1、□到職 2、□眷屬隨同被保險人加保

 3、□更換所依附之被保險人

 4、□滿20歲在學仍就讀且無職業(請檢附相關證明文件)

 5、□應屆畢業自當學年度終了之日起一年內，或服兵役退伍自退伍日起一年內且

 無職業(請檢附相關證明文件)。

 6、□新生嬰兒(另如需申請無照片健保IC卡 ，請填以下收件地址，供健保署寄送

 郵遞區號：\_\_\_\_\_， 地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 **服務單位：　　　　　　　申　請　人： （簽章）**

 說明：

 **一、**申請加保請**檢附眷屬身份關係證明及自其他單位退保申報表。**

 二、凡有被保險人身份（實際從事工作者），不得以眷屬身份加保。

 三、保險對象未依被保險人優先順序類別投保者，追繳最近五年內短繳保費，

 並處新台幣三千元以上，一萬五千元以下罰鍰。