



填表說明：

- 一、本表供勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險投保單位於所屬勞工到職、入會、到訓當日向勞保局申報加保之用及全民健康保險第一類第二目至第五目被保險人及政府機關、公私立學校參加勞工保險人員、第二類被保險人、第三類第二目被保險人及其眷屬向健保署申報投保時填寫，由投保單位填寫一式2份一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保署（臺北業務組轄區請寄勞保局），並影印1份留存備查。
- 二、由於勞保、就保、災保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬參加健保資料，或只是健保被保險人投保者，請填用健保專用投保申報表逕寄健保署，如只是勞保、就保及災保被保險人加保者，請填用勞保、就保及災保專用加保申報表逕寄勞保局。
- 三、同時申報被保險人及相關眷屬加保、投保時，請分別填寫相關資料於兩列；被保險人已加保，僅申報眷屬單獨投保全民健康保險，亦需填寫被保險人資料。
- 四、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 五、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。
- 六、保險效力：

（一）勞工保險、就業保險及勞工職業災害保險：  
投保單位應於勞工到職、入會、到訓當日申報加保，其勞工保險及就業保險之保險效力自本表送交之當日零時（郵寄之當日以原寄郵局郵戳為憑）起加保生效，但投保單位非於勞工到職、入會、到訓之當日申報加保者，其保險效力自申報之翌日起算。又勞工職業災害保險之保險效力依勞工職業災害保險及保護法第13條規定辦理。

（二）全民健康保險：  
全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。

七、因雇主非屬勞工保險條例及勞工職業災害保險及保護法之強制投保對象，故投保單位同時申報雇主加保者請在「雇主自願加保請打v」欄打v，如未打v者，視同不願加保，又申報負責人加保未檢附相關所得資料者，其投保薪資應按「勞工保險投保薪資分級表」及「勞工職業災害保險投保薪資分級表」最高一級申報，申報非為最高一級者，將逕以最高一級之投保薪資加保。申報加保同時舉證所得資料者，其勞工保險之投保薪資最低不得低於所屬員工申報之最高投保薪資適用之等級。

八、月薪資總額（勞工保險、就業保險及勞工職業災害保險）：  
（一）勞保局將依所填月薪資總額，依「勞工保險投保薪資分級表」及「勞工職業災害保險投保薪資分級表」之規定自動歸級正確之投保薪資。  
（二）部分工時勞工月薪資總額未達最低工資者，請在「部分工時者請打v」欄打v（勞工職業災害保險無部分工時投保薪資等級）。

九、健保投保金額：  
（一）全民健康保險無部分工時投保薪資等級，請按「全民健康保險投保金額分級表」申報。  
（二）全民健康保險被保險人之薪資較「勞工保險投保薪資分級表」或「勞工職業災害保險投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」申報。  
（三）全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險之投保薪資及勞工退休金之月提繳工資。

十、「表號」為全民健康保險專用欄位，請依下列說明勾選其中一項（請打v）：  
D 第一類第二目至第五目及政府機關、公私立學校參加勞保人員及其眷屬的投保單位、E 專門職業及技術人員自行執業者之被保險人及其眷屬的投保單位、G 第二類被保險人及其眷屬的投保單位、H 第三類（農保除外）被保險人及其眷屬的投保單位。

十一、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

| 代號                    | 1  | 2  | 3  | 4   | 5   | 6    | 7    | 8    | 9     | p    |
|-----------------------|----|----|----|-----|-----|------|------|------|-------|------|
| 稱謂                    | 配偶 | 父母 | 子女 | 祖父母 | 孫子女 | 外祖父母 | 外孫子女 | 曾祖父母 | 外曾祖父母 | 受監護人 |
| 跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。 |    |    |    |     |     |      |      |      |       |      |

十二、「合於健保投保條件」及「原因」欄請詳列，如喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人等。

十三、成年2親等內直系血親卑親屬，合於健保投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：

| 符號 | 原                                      | 因 |
|----|----------------------------------------|---|
| S  | 在學就讀且無職業                               |   |
| P  | 受監護宣告尚未撤銷                              |   |
| A  | 領有社政主管機關核發之身心障礙證明且不能自謀生活               |   |
| H  | 罹患符合本法所稱重大傷病且無職業                       |   |
| G  | 應屆畢業自當學年度終了之日起1年內且無職業或服役後退伍自退伍起1年內且無職業 |   |

十四、合於健保投保條件原因為健保開辦前出國者請於「原因」欄內填寫代號：R。

寄件者

1 1 0 - 2 3 2

單位地址：臺北市中正區○○路○段○號○樓

單位名稱：○○有限公司

單位電話：02-0000-0000

保險證號：01000000A

健保投保單位代號：998877666

收件人（郵寄單位及地址請依貴單位所在地打v）

V 100232 勞動部勞工保險局

地址：臺北市中正區羅斯福路一段4號

投保單位所在地：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區

320216 衛生福利部中央健康保險署北區業務組

地址：桃園市中壢區中山東路三段525號

投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣

407666 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

地址：臺中市西屯區市政北一路66號

投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣

700203 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

地址：臺南市中西區公園路96號

投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市

801206 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

地址：高雄市前金區中正四路259號

投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣

970009 衛生福利部中央健康保險署東區業務組

地址：花蓮縣花蓮市軒轅路36號

投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣

請貼足郵資  
掛號郵寄