

表號：承表 2-3-2

農民健康保險暨農民職業災害保險退保申報表
(※農民退休儲金停繳申報表)
全民健康保險第三類保險對象退保申報表
(本表僅供農會使用)

農 民 保 險 證 號		農		06066xxx																									
全民健保投保單位代號		3	1	0	0	0	0	x	x	x																			
單 位 統 一 編 號		12345678																											
或非營利扣繳編號																													
退保者 (打✓)		被 保 險 人												相 關 眷 屬												健 保 專 用 欄 位			
本 人	眷 屬	姓 名	國 民 身 分 證 統 一 編 號	出 生 年 月 日	農 保 繳 費 情 形	職 保 繳 費 情 形	姓 名	國 民 身 分 證 統 一 編 號	出 生 年 月 日 (民前出生者 請加註「-」)	投 保 單 位 填 寫		健保署填寫																	
										退 保 原 因	原 因 別 (打✓) 不具資格 轉出	不具健保資格 (轉出)原因 發 生 日 期	核 定 生 效 日 期																
V		王大明	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	70 年 1 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳	<input checked="" type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳									年 月 日														
	V			年 月 日	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳	徐佩佩	A 2 4 6 8 2 4 6 8 2	26 年 1 月 1 日	轉換對象		V	112.12.1																
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳									年 月 日														
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳									年 月 日														
				年 月 日	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳									年 月 日														
投保單位名稱：嘉義市農會														勞健 保保 局署 填 用		受 理 號 碼													
地 址：嘉義市西區北港路 251 號																人 數	名	退保/停繳 健保受理 日期：											
電 話：05-2331637																		受 理			資 料 鍵 錄		資 料 校 對						
負責人 <input type="text"/> 印章 <input type="text"/> 經辦人 <input type="text"/> 印章 <input type="text"/>														<div></div> 單位 印章															

※辦理退保/停繳手續請參閱背面說明。

※本表主要供農民健康保險及全民健康保險退保使用，若係僅退保自願參加之農民職業災害保險，請以「農民職業災害保險退保申報表」申報；如係僅停繳農民退休儲金，請以「農民退休儲金停繳申報表」申報。

※表列人員如有自願參加農民職災保險、已申報提繳農民退休儲金，農職保於同日退保，農民退休儲金於同日停繳。

※本表請填一式 2 份一併寄送健保署（臺北業務組轄區則請寄勞保局），每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並詳填單位名稱、地址、電話（惟如整份表僅申報健保退保或僅申報退出農保，請參閱背面說明三）。

填表及其補充說明：

- 一、請詳實填寫被保險人及其眷屬之相關基本資料及健保退保原因。
- 二、本表供被保險人及其眷屬辦理退保時填用，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)處理，另自行影印 1 份留存備查。
- 三、由於農保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬退保健保資料、只是健保被保險人非農保被保險人或只是農保被保險人非健保被保險人者，請另填農保或健保專用表格，逕寄勞保局或健保署，以免混淆。
- 四、被保險人辦理退保時，眷屬應隨同退保，眷屬的各項資料不必填寫。
- 五、被保險人仍繼續加保，僅單獨申報眷屬退保時，被保險人之相關資料應一併填寫。
- 六、農會應於被保險人喪失資格當日申報退保，其保險效力自本表送達之當日二十四時停止(郵寄者，以原寄郵局郵戳之日期為憑)。
- 七、請於被保險人「農保繳費情形」及「職保繳費情形」欄位勾選繳費情形。
- 八、全民健康保險退保原因請依下列規定詳細填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或「不具健保資格」：
(一)「轉出」：指第一類被保險人離職、退休等；第二類被保險人退會；第三類被保險人喪失農漁民資格；各類保險對象轉換為其他類保險對象；眷屬終止收養關係、離婚、年滿 20 歲不具眷屬續保資格等。
(二)不具健保資格僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：M-死亡、E-失蹤滿 6 個月、U-喪失全民健康保險投保資格者。
- 九、保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保手續時，為避免保險對象投保紀錄中斷並保護個人資料隱私，投保單位應去除(遮蓋)本表其他保險對象資料後，再影印 1 份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。
- 十、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。
- 十一、請善用勞動部勞工保險局 e 化服務系統，進行網路申報作業。

700-203

請貼足郵資
掛號郵寄

投保單位名稱：嘉義市農會
地址：嘉義市西區北港路 251 號
電話：05-2331637
農民保險證號：06066xxx
健保投保單位代號：310000xxx

(請詳填收件單位名稱)

中央健康保險署南區業務組
(臺南市中西區公園路 96)

啟

(郵寄單位及地址)

(投保單位所在地)

(健保署分區業務組)

(請依貴單位所在地打V)	<input type="checkbox"/> 勞動部勞工保險局 100232 (臺北市中正區羅斯福路1段4號)	臺北市、新北市、基隆市 宜蘭縣、金馬地區	臺北業務組
	<input type="checkbox"/> 中央健康保險署北區業務組 320216 (桃園市中壢區中山東路3段525號)	桃園市、新竹市、新竹縣 苗栗縣	北區業務組
	<input type="checkbox"/> 中央健康保險署中區業務組 407666 (臺中市西屯區市政北一路66號)	臺中市、南投縣、彰化縣	中區業務組
	<input checked="" type="checkbox"/> 中央健康保險署南區業務組 700203 (臺南市中西區公園路96號)	雲林縣、嘉義市、嘉義縣 臺南市	南區業務組
	<input type="checkbox"/> 中央健康保險署高屏業務組 801206 (高雄市前金區中正四路259號)	高雄市、屏東縣、澎湖縣	高屏業務組
	<input type="checkbox"/> 中央健康保險署東區業務組 970009 (花蓮縣花蓮市軒轅路36號)	花蓮縣、臺東縣	東區業務組