|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表號：承表 | **R** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險被保險人變更事項申請書全民健康保險保險對象變更事項申報表〈※勞工退休金勞工資料變更申請書〉 | 勞保局、健保署收件章 | 健保署分區業務組 | 業務組 |
| 保險證號(8位數字+1位英文檢查碼) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 全民健保投保單位代號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 民國 年 月 日申報 |
| 單位統一編號或非營利扣繳編號 |  | 民國 年 月份第 號表 |
| 被保險人資料變更(變更前原申報資料) | 變更後資料（僅填寫有變更之項目，未變更無需填寫） | 單位名稱： |  |
| 姓名 | 國民身分證統一編號(居留證或護照號碼) | 出生年月日 | 姓名 | 國民身分證統一編號(居留證或護照號碼) | 出生年月日 | 單位地址： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | 單位電話： |  |
| 單位印章 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
|  |
| 相關眷屬資料變更(變更前原報資料) | 變更後資料(僅填寫有變更之項目，未變更無需填寫) |
| 姓名 | 國民身分證統一編號(居留證或護照號碼) | 出生年月日 | 姓名 | 國民身分證統一編號(居留證或護照號碼) | 出生年月日 | 眷屬(詳見說明三) | 填表範例 |
| 稱謂 | 代號 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |  |  | 負責人印章 | 經辦人印章 |
| 請浮貼國民身分證正面影本 | 請浮貼國民身分證背面影本 | 勞保局、健保署填用 |
|  | 受理號碼 |  |
| 人 數 | 名 | 勞保健保 | 受理日期 |  |
| 受理人員 | 資料鍵錄 | 資料校對 |
|  |  |  |

**以上資料請依國民身分證、戶籍證明文件、居留證或護照號碼所載資料以正楷填寫**

注意事項： 一、辦理變更手續請參閱背面說明。

 二、本表請填寫一式2份(惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者，則請填1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。

 三、表列已申報提繳勞工退休金之人員，本表並為勞工退休金勞工資料變更申請書。

112.12

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請貼足郵資掛號郵寄 | 填表說明：一、本表供被保險人及其眷屬辦理更正或變更基本資料時填用，由投保單位填寫一式2份（惟如 整份表均僅申報眷屬基本資料變更者，則請填1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，並影印1份留存備查。二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生年月日時，請檢附國民身 分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。三、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。四、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。五、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：配偶－1、父母－2、子女－3、祖父母－4、孫子女－5、 外祖父母－6、外孫子女－7、曾祖父母－8、外曾祖父母－9、受監護人－p。 |  |  |
| 寄件者 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  單 位 地 址： |  |
|  單 位 名 稱： |  |
|  單 位 電 話： |  |
|  保 險 證 號： |  |
|  健保投保單位代號： |  |
|  |
|  | 收件人 | (郵寄單位及地址請依貴單位所在地打ˇ) |
|  |  | **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 |
|  |  |  |