

表號：承表 L

保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)	0	1	0	0	0	0	0	0	A
全民健保投保單位代號	9	9	8	8	7	7	6	6	6
單位統一編號或非營利扣繳編號	00000000								

就業保險、勞工職業災害保險退保申報表

全民健康保險第一、二、三類保險對象退保申報表

〈※勞工退休金停止提繳申報表〉

勞保局、健保署 收件章	健 保 署 分區業務組	台北業務組
	民國 111 年 5 月 1 日申報	
		民國 111 年 5 月份第 1 號表

申報 退保者 打 √		被 保 險 人												相 關 眷 屬												投 保 單 位 填 寫			健保署核定 生效日期						
		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)										退保 原因	原 因 別 (打√)		不具 <b>健保</b> 資格 (轉出)原 因 發 生 日 期							
			轉出	不具 健保 資格																															
V		李○○	L	1	2	3	4	5	6	7	8	9	88 年	8 月	8 日																111 年	5 月	1 日		
	V	魏○○	W	1	2	3	4	5	6	7	8	9	85 年	5 月	5 日	魏○	W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				111 年	5 月	1 日	
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			
													年	月	日															年	月	日			

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

單位名稱：○○有限公司


單位地址：台北市中正區○○路○段○號○樓

單位電話：02-0000-0000

用印

用印

用印  
單位  
印章



注意事項：

負責人印章

經辦人印章

填表範例

一、本表為就、災、健保暨勞退合一退保申報表，請填寫一式 2 份(均為正本)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就、災保退保，請勿使用本表，並請參閱背面說明二）。

二、請轉知保險對象，全民健康保險為強制性保險，轉出後請儘速至新投保單位辦理投保手續，無職業且未具眷屬資格者，請至戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所投保；近期內預定出國連續 6 個月以上且選擇辦理停保者，務必於新投保單位辦理投保及停保手續。

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停止提繳申報表，勞保局將以本表投遞日期為勞工退休金最後提繳日期，據以計算應提繳退休金。勞工退休金最後提繳日期與本表投遞日期不同者，請另填具「勞工退休金停止提繳申報表」送勞保局憑辦。

四、下列情形請勿填本表，另填具「勞工退休金停止提繳申報表」寄送勞保局辦理勞工退休金停止提繳手續：

（一）在職勞工停止個人自願提繳。

（二）實際從事勞動之雇主、不適用勞動基準法之勞工或受委任工作者仍在職，停止個人自願提繳。

（三）不適用勞動基準法之勞工或受委任工作者仍在職，惟雇主不再為其提繳。

勞保局、健保署填用			
受 理 號 碼			
人 數	名	勞保退保 健保受理 日期	
受 理 人 員		資 料 鍵 錄	資 料 校 對

填表說明：

- 一、本表供就業保險、勞工職業災害保險投保單位遇有被保險人(不含眷屬)離職應退保時向勞保局申報退保及全民健康保險投保單位向健保署申報被保險人及其眷屬退保時填用，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，並影印1份留存備查。
- 二、由於就保、災保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬退保，或只是健保被保險人退保者，請填用健保專用退保申報表逕寄健保署，如只是就保、災保被保險人退保者，請將本表表頭「全民健康保險全民健康保險第一、二、三類保險對象退保申報表」劃掉，加蓋單位印章及負責人印章後逕寄勞保局。
- 三、被保險人退保時，其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打✓；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」欄位打✓。
- 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)就業保險及勞工職業災害保險：
- 投保單位應於勞工離職當日申報退保，其就業保險之保險效力自本表送達之當日24時停止(郵寄之當日以原寄郵局郵戳為憑)。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：
- 全民健康保險之保險效力，自退保原因發生之當日24時停止。
- 七、已依勞工職業災害保險及保護法第9條規定參加勞工職業災害保險之自願投保單位所僱員工或雇主，除非離職或不再從事勞動，否則不得申報退保。
- 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、成年不具眷屬續保資格等。辦理員工追溯轉出逾6個月時，請檢附員工離職申請書或其他相關證明文件。
- (二)不具健保資料僅限下列原因，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、有關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。

寄件者

1	1	0	2	3	2
---	---	---	---	---	---

單位地址： 台北市中正區○○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

請貼足郵資  
掛號郵寄

☒ 收件人 (郵寄單位及地址請依貴單位所在地打✓)  
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