

農民健康保險暨農民職業災害保險加保申報表

(※農民退休儲金提繳申報表)

全民健康保險第三類保險對象加保申報表

(本表僅供農會使用)

農民保險證號		農																									
全民健保投保單位代號																											
營利事業統一編號 或非營利扣繳編號																											
投保者 (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	資 (說明五) 格別	軍 人 請 打 √ (說明六) 短 役 期 退 伍	自 願 提 繳 比 率 (%) 請 填	確 認 已 辦 理 轉 帳 代 繳 約 定	備 註	姓 名	國民身分證統一編號	出生年月日 (民前出生者 請加註「-」)	稱 (說明七) 謂代號	投保單位填寫		健保署填寫											
														合於投保	條件		核定生效日期										
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																			
投保單位名稱：												勞健		受理號碼													
地 址：												保保		人		加保/提繳日期：											
電 話：												局署		數		名		健保受理									
負責人												填		受		資料鍵錄		資料校對									
												用		理													

※辦理加保/提繳手續請參閱背面說明。

※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（惟如整份表僅申報參加健保或申報參加農保，請參閱背面說明二）。依農民健康保險條例第 44 條之 2 規定，申請參加農民健康保險者，視為一併申請參加農民職業災害保險；如自願提繳農民退休儲金，請填寫「提繳比率(%)」，提繳比率由農民於 10%範圍內決定，並以整數為限；如申報提繳比率高於此範圍，以 10%論；「確認已辦理轉帳代繳約定」欄位，如勾「否」者，請於備註欄填寫未辦理原因或情形。

填表及其補充說明：

- 一、請詳實填寫被保險人及其眷屬之基本資料、投保資格別及**確認是否自願提繳農民退休儲金**。
- 二、本表供被保險人及其眷屬辦理農民健康保險加保、全民健康保險第三類保險對象投保(轉入)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。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參加健保資料、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。
- 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時，亦需填寫被保險人資料。
- 四、農會應於農民資格審查通過當日申報加保、投保，其農民健康保險(含農民職業災害保險)之效力自本表送勞保局或健保署各業務組之當日零時(郵寄者，以原寄郵局郵戳之日期為準)起投保生效；至全民健康保險之保險效力追溯自申請日。農民退休儲金自農會申報提繳之日起開始提繳。
- 五、農保被保險人「資格別」欄請依下列規定填寫：非會員自耕農—A、非會員佃農—B、非會員佃農實耕者—F、非會員蜂農—E、會員自耕農—J、會員佃農—K。
- 六、已領取軍保退伍給付並依農民健康保險條例第5條之1規定參加農保者，請於「軍人短役期退伍者」欄位勾選「V」。
- 七、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。
- 八、被保險人「合於健保投保條件」之「原因」欄請詳列，如：新取得會員、自耕農、佃農資格等。
- 九、眷屬「合於健保投保條件」之「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、年滿20歲二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：S—在學就讀且無職業、P—受監護宣告尚未撤銷、A—殘障而不能自謀生活、H—罹患符合全民健康保險法第36條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年內或服兵役退伍自退伍日起1年內且無職業。
- 十一、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。
- 十二、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 十三、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。
- 十四、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。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

投保單位：
名 稱：
地 址：
電 話：
農民保險：
證 號：
健保投保：
單位代號：

請掛號
郵 寄

(請詳填收件單位名稱)

啟

(請依貴單位所在地打V)	(郵寄單位及地址)	(投保單位所在地)	(健保署分區業務組)
<input type="checkbox"/>	100232 勞動部勞工保險局 (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"/>	320216 中央健康保險署北區業務組 (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"/>	407666 中央健康保險署中區業務組 (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 type="checkbox"/>	700203 中央健康保險署南區業務組 (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"/>	801206 中央健康保險署高屏業務組 (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"/>	970009 中央健康保險署東區業務組 (花蓮縣花蓮市軒轅路36號)	花蓮縣、臺東縣	東區業務組