

桃園市保險業務職業工會

健保加退保申請書

會員姓名	身分證字號	會員編號 (工會填寫)
行動電話		

眷屬加退保

*如有特殊減免身分請先告知以免溢收保費

眷屬姓名	身分證字號	生日	關係	異動申請
			<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
			<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
			<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
			<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
			<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保

會員本人健保 加退保(會員本人如無異動請勿填寫)

會員本人加保，生效日期：____年____月____日

會員本人退保，生效日期：____年____月____日

*子女年滿 18 歲依附投保，需檢附學生證或一年內【畢業或退伍】證明。

*父母及配偶無職業才可以依附投保

會員簽名：_____ 簽名日期_____年____月____日

請傳真 03-3391770 或 LINE ID：@top3391768，回傳後請務必來電 03-3391768 確認完成加退保程序