

澎湖縣政府全民健康保險異動申請表

申請人： (身分證字號：) 申請下列人員(本人及眷屬)加、退保：

姓名	身分證字號										出生年月日	原因 (加、退 保)	眷屬稱謂	生效日期
											民（前）國 年 月 日			
											民（前）國 年 月 日			
											民（前）國 年 月 日			
											民（前）國 年 月 日			
											民（前）國 年 月 日			

申請人： (簽章) 年 月 日

說明：1 為避免重複投保，申請加保時已在他單位加保者，請檢附退保（轉出）表，新生嬰兒加保請檢附出生證明。

2 死亡者請檢附死亡證明文件。