

澎湖縣政府全民健康保險異動申請表

申請人：**黃保利**

(身分證字號：**X120871101**) 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)	生 效 日 期
黃保利	X 1 2 0 8 7 1 1 0 1	民(前)國 00 年 00 月 00 日	加保	100.9.6
黃爸爸	X 1 0 0 0 0 0 0 0 1	民(前)國 00 年 00 月 00 日	加保	100.9.6
		民(前)國 年 月 日		
		民(前)國 年 月 日		
		民(前)國 年 月 日		

申請人：**黃保利**

(簽章) 100 年 9 月 6 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。