

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)	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。