全 民 健 康 保 險

承表三

第六類保險對象停保（復保）申請表

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人（只辦理眷屬停保或復保時，須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。）

國民身分證統一編號	姓名	停保□復保□原因（詳說明二、三停保請填原因代碼）	原因發生日期
			年 月 日

貳、眷 屬

國民身分證統一編號	姓名	停保□復保□原因（詳說明二、三停保請填原因代碼）	原因發生日期	本人停保眷屬異動別（請打√）		
				停保	轉出	續保
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

參、被保險人簽章：＿＿＿＿＿＿（蓋章）

※

地址	村	電話	
	鄰		

肆、說 明：

一、 被保險人或眷屬發生停保或復保原因時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉（鎮、市、區）公所。

二、 保險對象發生下列原因之一時，得辦理停保，暫停繳納保險費，並依下列規定辦理：

（一）失蹤未滿六個月（代碼－D）：

失蹤者如爲被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保眷屬異動別」的「轉出」欄打「√」，並應另填寫退保（轉出）申請表。

（二）預定出國六個月以上（代碼－F）：

出國停保者如爲被保險人，其眷屬經徵得原投保單位同意後，得於原投保單位繼續參加本保險，請於「本人停保眷屬異動別」的「續保」欄打「√」；其眷屬隨同出國者，請於「本人停保眷屬異動別」的「停保」欄打「√」。

三、 保險對象停保原因消滅後，請依下列規定辦理：

(一) 保險對象失蹤後於六個月內尋獲者，自停保月份起復保，並補繳保險費。

(二) 保險對象出國六個月以上者，自返國之日辦理復保，並繳納保險費；出國未滿六個月者，應自停保之日起復保，並補繳保險費。

伍、投保單位審核結果

本表各欄與證明文件記載是否相符	是□否□	異動生效日期	年 月 日	投保單位圖記		經辦人簽章	

投保單位代號：＿＿＿＿＿＿

投保單位名稱：連江縣莒光鄉公所