

德育學校財團法人德育護理健康學院
全民健康保險眷屬轉入或轉出申請表

申請日期	單位	姓名	身分證字號	出生年月日	申請人簽名

眷屬姓名	稱謂-代號	身分證字號	出生年月日	轉入日期	轉出日期	備註

填表說明：

- 一、轉入請檢附 1. 原加保單位「轉出申報表」 2. 眷屬身分證影本或戶口名簿 3. 新生嬰兒、變更基本資料者請戶口名簿影本。
- 二、眷屬稱謂及代號請依下列規定填寫：配偶-1、父母-2、子女-3、祖父母-4、孫子女-5、外祖父母-6、外孫子女-7、曾祖父母-8、外曾祖父母-9。
- 三、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，僅限合於下列投保條件，並請附證明文件：S-在學就讀且無職業、P-受禁治產宣告尚未撤銷、A-殘障而不能自謀生活、H-罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業、G-應屆畢業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業。

人事室承辦人：

人事室主任：

年 月 日完成校務行政系統

年 月 日完成健保局申報

月投保金額：

眷屬代扣保費：

年 月 日擲交出納組