

彰化縣立彰化藝術高級中學
全民健保眷屬加／退保申請單

單位別			申請人			
出生日期			身分證號			
稱謂	姓 名	身分證號 (居留證號)	出生日期	加保	退保	身心狀態
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般 ; <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 ; <input type="checkbox"/> 重度

*眷屬加／退保合計：____人

*轉入/轉出單位：

填表日期			申請人 簽章			
生效日期			人事經辦			
備註	一、新生兒加保請附出生證明及戶口名簿各一份，以便辦理加保手續。 二、眷屬加保請附「全民健康保險退保申報表」以便辦理加保手續。 三、身心狀態如符合減免規定，請檢附身心障礙手冊影本。					