**臺中市立東勢工業高級中等學校健保轉入(加保)申請書**

壹、被保險人資料 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 國民身分證統一編號或居留證號碼 | 姓 名 | 出生年月日 | 被保險人簽章 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  聯 絡 電 話 |   |

貳、欲於本校轉入(加保)之眷屬資料

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | 出生日期 | 身份證字號 | 稱謂 | 轉入(復保)生效日 | 轉入復保原因 |
|  |  |  |  |  | □符合投保資格(如出生)□轉換投保單位□改變投保身分□回國復保 |
|  |  |  |  |  | □符合投保資格(如出生)□轉換投保單位□改變投保身分□回國復保 |
|  |  |  |  |  | □符合投保資格(如出生)□轉換投保單位□改變投保身分□回國復保 |

|  |
| --- |
| 說明：一、眷屬稱謂請擇一填寫：配偶、父母、子女、祖父母、孫子女、外祖父母、外孫子女、曾祖父母、外曾祖父母二、被保險人眷屬定義如下：1. 配偶，無職業者。
2. 直系血親尊親屬無職業者。
3. 二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲，且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀。

三、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，合於投保條件僅限下列原因，請**檢附符合該條件證明**：1. 在學就讀且無職業。
2. 受禁治產宣告尚未撤銷。
3. 殘障而不能自謀生活。
4. 罹患符合全民健康保險法第三十六條所稱重大傷病且無職業。
5. 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。

**應備文件：辦理加保時，請備妥下列文件****一、一般人士請檢附身分證或戶口謄本影本；新生兒請加附出生證明一份。****二、外籍人士請檢附居留證影本及入境滿四個月之證明文件一份。****三、新生兒首次加保如選擇製發有照片健保IC卡，請加填『請領健保IC卡申請表』。** |