

樹德科技大學

教職員工 全民健保眷屬 加退(停)保資料

本人資料			
單位	姓名	身分證字號	出生年月日
眷屬			
<input type="checkbox"/> 加保 年 月 日	年滿二十歲直系血親卑親屬(子女)，請勾選下列選項：		
	<input type="checkbox"/> S	在學就讀且無職業	
	<input type="checkbox"/> P	受禁治產宣告尚未撤銷	
	<input type="checkbox"/> A	領有身心障礙手冊且不能自謀生活	
	<input type="checkbox"/> H	符合全民健康保險法第三十六條所稱重大傷病且不能自謀生活	
	<input type="checkbox"/> G	應屆畢業且無職業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍且無職業自退伍之日起一年內	
直系血親(父母)於高雄市設籍，並年滿65歲，請勾選下列選項：			
		<input type="checkbox"/> 綜合所得稅稅率為20%以下	<input type="checkbox"/> 綜合所得稅稅率為20%(含)以上
<input type="checkbox"/> 退保 年 月 日	原因 (請勾選一項)	轉出	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 終止收養關係 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 年滿二十歲未具或喪失續保資格 <input type="checkbox"/> 改變依附對象 <input type="checkbox"/> 自行就業
		不具 健保 資格	<input type="checkbox"/> 失蹤滿六個月者 <input type="checkbox"/> 在監、所受刑之執行或接受保安、管訓處分二個月以上者 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 喪失全民健康保險法第十條資格者
<input type="checkbox"/> 停保 年 月 日	原因(請勾選一項)	<input type="checkbox"/> 預定出國六個月 <input type="checkbox"/> 失蹤未滿六個月 <input type="checkbox"/> 羈押二個月以上	
<input type="checkbox"/> 復保 年 月 日	原因(請勾選一項)	<input type="checkbox"/> 出國逾六個月返國 <input type="checkbox"/> 出國未逾六個月返國 <input type="checkbox"/> 失蹤六個月內尋獲	
眷屬			
眷屬姓名	稱謂	身分證字號	出生年月日

提出日期： 年 月 日

申請人簽章：