**臺中市北區**區公所全民健康保險加退保申請單

|  |
| --- |
| **本 人** |
| **姓名** | **出生年月日** | **身份證字號** | **加保****或退保** | **生效日期** | **加退保原因** |
|  |  |  | * **加保**
* **退保**
 |  |  |

|  |
| --- |
| **眷 屬** |
| **稱謂** | **姓名** | **出生年月日** | **身份證字號** | **加保****或退保** | **生效日期****加退休原因** |
|  |  |  |  | **□加保****□退保** |  |
|  |  |  |  | **□加保****□退保** |  |
|  |  |  |  | **□加保****□退保** |  |
|  |  |  |  | **□加保****□退保** |  |
|  |  |  |  | **□加保****□退保** |  |
|  |  |  |  | **□加保****□退保** |  |

**備註：眷屬加退應檢附戶口名簿影本及原投保單位轉出證明文件。**

**申請人：**

**中華民國　　年　　月　　日**