**「總、分支機構(或機關)組織計收全民健康保險補充保險費」申請書**

本單位申請自 年 月 日起將所屬分支機構(或機關)合併計收投保單位補充保險費。茲填具總、分支機構（或機關）資料如下，請貴署受理以：

投保單位名稱： 投保單位代號： 統一編號：

作為總、分支機構彙繳投保單位補充保險費之主體。

總機構(或機關)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投保單位名稱 | 投保單位代號 | 統一編號 | 備註 |
|  |  |  |  |

分支機構(或機關)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 投保單位名稱 | 投保單位代號 | 統一編號 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

此致

衛生福利部中央健康保險署東區業務組

 **貴單位申請合併計收投保單位補充保險費，經本**署**同意後，應就總、分支機構(或機關)**

 **支付保險對象之薪資，****按薪資所得屬性，分別歸入健保法第20條之投保金額、第31條之獎金或薪資所得，計收保險對象應負擔之保險費。**

總機構（機關）名稱：

負責人：

承辦人：

聯絡電話：

傳真電話：

(負責人印章)

E-mail：

(總機構印信)

中華民國 年 月 日

以下為健保署審核欄

承辦人 覆核 科長

111.4版

東區業務組傳真號碼：03-8332086

發核准函

資料處理U26007