

- 健保費退費
 自墊核退醫療費用
 健保卡工本費退費

支票變更申請書

日期： 年 月 日

申請項目	<input type="checkbox"/> 更改支票抬頭 <input type="checkbox"/> 更改支票寄送地址 <input type="checkbox"/> 註銷支票抵欠費 <input type="checkbox"/> 逾期 1 年支票重開 <input type="checkbox"/> 註銷支票斜線(限金額 50 萬元以下，且需本人親自辦理後再至指定銀行親領) <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓(限金額 50 萬元以下，且需本人親自辦理) <input type="checkbox"/> 其他：		
支票號碼：	支票金額：		
	原始支票抬頭		變更後支票抬頭
原受款人姓名/ 單位名稱		新受款人姓名/ 單位名稱	
身分證號碼/ 單位代號/統編		身分證號碼/ 單位代號/統編	(與原受款人關係：_____)
變更原因	<input type="checkbox"/> 名字錯誤 <input type="checkbox"/> 銀行無帳戶 <input type="checkbox"/> 單位已停(歇)業 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 服刑 <input type="checkbox"/> 地址變更 <input type="checkbox"/> 療養院或重病不能行走者 <input type="checkbox"/> 沖抵保費 <input type="checkbox"/> 逾期無法兌領 <input type="checkbox"/> 其他：		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 原支票 <input type="checkbox"/> 身分證或居留證影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿或戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 停歇業核准函 <input type="checkbox"/> 死亡證明文件及親屬關係證明文件 <input type="checkbox"/> 服刑證明書影本(現場申請應檢附正本) <input type="checkbox"/> 醫院(師)證明書或身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 委託書(代人申請者需檢附) <input type="checkbox"/> 其他：		
支票變更後 處理作法	<input type="checkbox"/> 由本人自取(申請註銷支票斜線或禁止背書轉讓者，變更後支票限自取) <input type="checkbox"/> 請掛號郵寄至(地址)：		
沖抵保費資訊	◎沖抵對象姓名或單位名稱：	◎沖抵保費年月：	
	◎沖抵對象身分證號或單位代號：		
備註	◎現場申請：1. 應檢附當事人身分證或居留證正本；當事人 14 歲以下未領有身分證者，得以戶口名簿替代。 2. 代人申請者亦需檢附代理人身分證明文件正本及委託書。 ◎申請變更支票抬頭-請檢附支票正本、原受款人及新受款人身分證或居留證影本(未成年者得以戶口名簿影本或戶籍謄本影本替代)。 ◎單位已停(歇)業-請檢附支票正本及負責人身分證影本。 ◎支票受款人死亡，申請人依民法規定繼承者-請檢附支票正本、身分證影本、死亡證明文件及親屬關係證明文件。		

支票變更倘有糾紛，申請人願負一切法律責任，與中央健康保險署無關。

此致 衛生福利部中央健康保險署

單位名稱(大小章)：_____ 單位代號：_____ 電話：_____

申請人(簽章)：_____ 身分證號：_____ 電話：_____

受託人(簽章)：_____ 身分證號：_____ 電話：_____

(與原受款人關係：_____)

本人受委託全權代為辦理更改支票記載事項，若有不實願負一切法律責任。

承辦單位			綜合行政科		
承辦人	複核專員	科長	承辦人	複核專員	科長

(請掛號郵寄:100930 臺北古亭郵局第 200 號信箱 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組收)