全民健康保險滯納金申復申請書（滯納金未繳納者專用）

申請日期	年　月　日	
受理日期	年　月　日	受理方式：☐ 1郵寄 ☐ 2傳真 ☐ 3現場 ☐ 4電話

更正案號：
(健保人員填寫歸檔用)

申請對象				簽章	（單位圖記/扣費義務人/保險對象印章）
對象別	☐ 投保單位 代號：	☐ 扣費義務人 統編:	☐ 保險對象 證號：		
投保單位名稱/扣費義務人姓名/保險對象姓名					

聯絡人：　　聯絡電話：(　　)　　行動電話：

通訊地址：☐☐☐－☐☐

申復滯納金種類	☐ 滯納金（一般、中斷保險費） ☐ 補充滯納金 ☐投保單位 ☐獎金 ☐兼職 ☐執行業務 ☐股利 ☐利息 ☐租金	申復滯納金共_____個月，年月起迄如下： 年　月 至　年　月 年　月 至　年　月 年　月 至　年　月 年　月 至　年　月	申復滯納金 總金額：　　元

更正原因	☐ 承保資料異常 ☐ 郵遞延誤 ☐ 未收到繳款單 ☐ 已停歇業或死亡 ☐ 金融機構資料異常或延誤 ☐ 不可抗力之災害或失蹤 ☐ 其他 說明：	檢附證件	☐ 加保/轉入單影本 ☐ 繳費收據影本 ☐ 停歇業/死亡/失蹤文件影本 ☐ 所得證明影本 ☐ 其他：

聲明事項	茲聲明以上所述確實無誤，如有不實，本人/本單位/本扣費義務人願放棄一切抗辯訴訟權，並保證嗣後將依全民健康保險法規定，按時繳納保險費，如再有逾期繳納情形，亦不再異議提出更正申請。 聲明人：　　（簽章）
受託人（非本人申請時填寫）	※須檢附申請人及受託人身分證明文件 受託人身分證號：..... 受 託 人 姓 名： 與申請人之關係：

(103.07.03 製表)

填 表 說 明

一、 滯納金年月：

◎ 請查閱繳款單正面中間或第 2 頁滯納金明細表上之**欠費年月**。

◎ 如繳款單遺失或其他原因致無法得知滯納金年月者，請填寫收到繳款單之年度。

二、 衛生福利部中央健康保險署各分區業務組地址一覽表

縣市別	所轄分區業務組	地址	電話
台北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣	臺北業務組	台北郵政 30-200 號信箱	(02)2191-2006
桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣	北區業務組	32005 桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號	(03)433-9111
台中市、彰化縣、南投縣	中區業務組	40709 臺中市西屯區市政北一路 66 號	(04)2258-3988
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市	南區業務組	70006 臺南市中西區公園路 96 號	(06)224-5678
高雄市、屏東縣、澎湖縣	高屏業務組	80147 高雄市前金區中正四路 259 號	(07)231-5151
花蓮縣、台東縣	東區業務組	97049 花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號	(03)833-2111