表號	承表Y

全民健康保險第一、二、三類保險對象
補辦中斷投保專用申報表

（本表專供投保單位為保險對象補辦中斷投保時填用）

收件章	分區業務組	業務組
	民國　年　月　日申報	
	民國　年　月份第　號表	

健保投保單位代號

投保者（打V）		被保險人		眷屬				補辦投保者出生日期（民前出生者請加註「-」）	投保金額	合於投保條件		核定生效日期（健保署填寫）
本人	眷屬	姓名	國民身份證統一編號（或填寫居留證號碼）	姓名	國民身份證統一編號（或填寫居留證號碼）	稱謂	代號		眷屬投保此欄不必填寫	合於投保條件原因	補辦中斷投保期間（轉入年月日－轉出年月日）	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	
								年　月　日			年　月　日－　年　月　日	

說明

一、被保險人及其眷屬同時補辦中斷投保時，應分別各填一列；只辦理眷屬中斷投保時，仍應填寫被保險人本人的姓名及國民身分證統一編號。
二、眷屬的稱謂及代號請依下列規定填寫：配偶-1、父母-2、子女-3、祖父母-4、孫子女-5、外祖父母-6、外孫子女-7、曾祖父母-8、外曾祖父母-9。
三、全民健康保險之投保金額應按員工實際薪資申報，且不得低於勞工保險投保薪資。
四、被保險人之合於投保條件原因如：到職、入會.....等。眷屬之合於投保條件原因如：依附被保險人、喪失被保險人身分.....等。
五、成年二親等內直系血親卑親屬，合於投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：S-在學就讀且無職業、P-受禁治產宣告尚未撤銷、A-殘障而不能自謀生活、H-罹患符合本法所稱重大傷病且無職業、G-應屆畢業自當年度終了之日起一年內或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業。
六、請詳實填列本表各欄位，並於加蓋投保單位、負責人及經辦人印章後，將本表連同中斷繳款單及申復表一併逕寄本署轄區業務組辦理中斷申復。

投保單位名稱

負　責　人　　（負責人私章）

經　辦　人　　（經辦人私章）

（單位圖記或印信）

健保署填用	受理號碼：　　受理日期：					
	受理		資料鍵錄		資料校對	