保費互抵申請書

本人之眷屬 原依附本人在（單位代號： /單位名稱： ）加保，於 年 月 日 新成立第 1 類投保單位 （單位代號： /單位名稱： ），依規定負責人追溯自 年 月 日 起以第 1 類負責人身分加保，同時原依附加保眷屬身分轉出，轉出所產生之退費，本人同意沖抵新成立單位應繳納之健保費。

此致

衛生福利部中央健康保險署東區業務組申請人:

印章

身分證字號:

聯絡電話:

相對人(眷屬)姓名:

印章

身分證字號:

關係:

單位圖記

投保單位名稱:

單位代號:

負責人印章

聯絡電話:

中 華 民 國 年 月 日

健保署核定結果：

負責人自 年 月 日起轉出原投保單位

【單位代號： 單位名稱: 】轉出產生之退費主動沖抵新成立投保單位應繳納之健保費。

經辦 科長

覆核

後會 □二三類 □六類經辦 □財務查 6 類轉帳經辦

覆核

□當月( )保費切檔後，會財務沖抵 □餘額退費經辦

覆核

東區業務組傳真號碼：03-8332086

「負責人前以眷屬身分加保」專用 112.11