**全民健康保險補充保險費**

**總分支機構(或機關)組織申報書**

**指定併入之總機構（機關）：**

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

**指定併入之分支機構（機關）：**

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

**指定適用起日:　　　 　　　年　　　　　　　月**

聯絡人： 申請日期：　　　年　　　月　　　日

聯絡電話：　　　　　　　　　　E-mail: