

開單單位：
中斷者 ID：

承辦人：

繳款單流水號：_____

更正案號：

全民健康保險保險對象資料更正申請表 (提出更正應備齊文件)		
一、繳款人姓名：_____身分證號：_____		
聯絡電話：(公)_____ (宅)_____ 行動電話：_____		
二、通訊地址：_____縣(市)_____市區鄉鎮_____路(街) _____段_____巷_____弄_____號_____樓		
三、更正對象姓名：_____ (限繳款者本人或依附投保之眷屬)		
更正原因 (請於 <input type="checkbox"/> 欄內打√) 及需檢附之證明文件		
<input type="checkbox"/> 1. 戶籍已被遷出國外，應辦理退保【應附戶籍相關證明文件】		
<input type="checkbox"/> 2. 102 年以前入監服刑二個月以上，應辦退保【應附出監(所)或在監證明書影本】		
<input type="checkbox"/> 3. 身分證號錯誤【應附身分證或戶口名簿影本】		
原申報證號：_____		
<input type="checkbox"/> 4. 原投保單位申報錯誤【應附原投保單位補正轉入、轉出申報表正本】		
<input type="checkbox"/> 5. 已投保，未中斷投保或回原單位補辦投、退保【應附原單位轉入、轉出申報表正本】		
<input type="checkbox"/> 6. 其他【應敘明，並附相關資料】		
四、繳款人簽章：_____	申請日期：_____	附件_____張

衛生福利部中央健康保險署中區業務組之地址及服務電話號碼如下：

地址：台中市西屯區市政北一路 66 號 傳真：04-22531242

中斷投保異議更正相關疑問，請洽詢本署中區業務組

電話：(04)22583988 轉承辦人(承辦人分機請參閱繳款單正面)

※ / 逕開：

已補：_____ (單位：_____)

中斷全刪

中斷部分刪，尚需補單。補單日期：_____ 承辦人：_____ 覆核：_____