

全民健康保險補充保險費退費申請書 (保險對象專用) III0110

受理編號	號
受理日期	年 月 日

填表日期 年 月 日

保險對象	姓名		出生日期	民國 年 月 日	身分證號/ 居留證號														
	電話：()		行動電話：																
	地址：																		

退費原因代碼	所得類別代碼	扣費單位統一編號	所得給付日期	更正前		更正後		核退金額 (健保署填列)
				所得(收入)金額	已扣金額	所得(收入)金額	應扣金額	
代碼請見背面填表說明一								
申請退費總金額(A)=(B)-(C)				已扣總金額(B)		應扣總金額(C)		合計

注意事項

◎退費應備證明文件，請見背面填表說明一。

◎如有積欠健保費或滯納金等，退費金額將優先償抵欠費或紓困基金貸款。償抵後如尚有餘額，是否沖抵次月以後之健保費？是 否，勾否者，請再勾選下列退費方式(單選)。

勾選轉帳者，請將可清晰辨識的存簿封面影本浮貼於此處

選擇轉帳退費~手續簡便，快速入帳，減省存票時間~感謝您！

退費方式 (單選)	1. <input type="checkbox"/> 匯入申請人金融機構存簿帳戶(帳戶戶名須為保險對象本人)：																																																								
	金融機構名稱：_____銀行/信用合作社/農會/漁會_____分行																																																								
	銀行代號	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">帳號</td> <td colspan="17" style="text-align: center;">金融機構/信合社/農會/漁會存款帳號(分行別/分社號/分會代號、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																		帳號	金融機構/信合社/農會/漁會存款帳號(分行別/分社號/分會代號、科目、編號、檢查號碼)																																				
	帳號	金融機構/信合社/農會/漁會存款帳號(分行別/分社號/分會代號、科目、編號、檢查號碼)																																																							
存簿之銀行代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不須補零。																																																									
2. <input type="checkbox"/> 匯入申請人郵局存簿帳戶(帳戶戶名須為保險對象本人)																																																									
局號：□□□□□□—□ 帳號：□□□□□□□—□ (含檢號不足七位者，請在左邊補零)																																																									
3. <input type="checkbox"/> 匯入申請人目前已約定轉帳繳納健保費之帳戶(帳戶戶名須為保險對象本人)																																																									
4. <input type="checkbox"/> 開立支票，並郵寄至上列通訊地址(建議無金融機構帳戶者，再選擇以支票方式退費)。																																																									

◎申請人並未重複向扣費單位申請上列退費，若有不實，願負法律責任。

申請人簽章：_____ 受託人簽章：_____ (與申請人之關係：_____)

(非本人申請，請同時檢附申請人及受託人身分證明文件)

承辦人
簽章

複核人員
簽章

主管
簽章

填 表 說 明

一、保險對象申請退費原因代碼、所得(收入)類別代碼及各項退費應備證明文件

退費原因代碼	申請退費原因	所得類別	檢附證明文件
1	不具投保資格或喪失投保資格者	(一)62 累計逾當月投保金額 4 倍之獎金 (二)63 非所屬投保單位給付之薪資所得	1.扣費證明。 2.非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附最近 3 個月內戶籍證明文件。
5	屬全民健康保險第 5 類低收入戶保險對象	(三)65 執行業務收入 (四)66 股利所得 (五)67 利息所得 (六)68 租金收入	1.扣費證明。 2.所得給付期間社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。
6	第 2 類被保險人	63 非所屬投保單位給付之薪資所得	1.扣費證明。 2.所得給付期間職業工會出具的在保證明或繳費證明。
7	專門職業及技術人員自行執業者或自營作業且在職業工會加保者(以執行業務所得為投保金額)	65 執行業務收入	1. 扣費證明。 2.所得給付期間: a.以專門職業技術人員身分參加健保者:投保單位出具的在保證明。 b.在工會投保者:職業工會出具的在保證明或繳費證明。
D	中低收入戶	限給付日期 104/1/1 之後且單次給付未達基本工資者: (一)65 執行業務收入 (二)66 股利所得 (三)67 利息所得 (四)68 租金收入	1.扣費證明。 2.所得給付期間社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件。
E	符合健保法第一百條所定之經濟困難者		1.扣費證明。 2.所得給付期間保險人出具有效期限內之經濟困難者證明文件。
F	中低收入老人		1.扣費證明。 2.所得給付期間社政機關開立之審核資格核定函。
G	領取身心障礙者生活補助費者		
K	接受生活扶助之弱勢兒童與少年		
J	特殊境遇家庭之受扶助者		
L	未達基本工資(103/9/1 以後給付)	63 非所屬投保單位給付之薪資所得	扣費證明。
T	其他(含獎金誤列、計算錯誤或投保金額低報等溢繳情形)	(一)62 累計逾當月投保金額 4 倍之獎金 (二)63 非所屬投保單位給付之薪資所得 (三)65 執行業務收入 (四)66 股利所得 (五)67 利息所得 (六)68 租金收入	1.扣費證明。 2.第(四)項至第(六)項:付款收據影本、現金帳影本、費用帳影本及其他可茲證明實際所得領取之文件(擇一);第(六)項,另檢附契約書影本。