

勞工保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)	0	2	0	0	3	2	0	2	K
全民健保投保單位代號	2	1	0	0	6	9	0	9	7
單位統一編號或 非營利扣繳編號	:								

勞工保險被保險人變更事項申請書
全民健康保險保險對象變更事項申報表
〈※勞工退休金勞工資料變更申請書〉

勞保局、健保署收件章	健 保 署 分 區 業 務 組	業 務 組
		民國 年 月 日 申報
		民國 年 月份第 號表

被 保 險 人 資 料 變 更 (變更前原報資料)			變 更 後 資 料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)		
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日
		年 月 日			年 月 日
		年 月 日			年 月 日
		年 月 日			年 月 日

投保單位名稱：
地址：
電話：

單位
印章

負責人 印章 經辦人 印章

相 關 眷 屬 資 料 變 更 (變更前原報資料)			變 更 後 資 料 (僅填寫有變更之項目, 未變更無需填寫)			
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	眷 屬 (詳見說明三)
						稱 謂
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	

請浮貼國民身分證正面影本	請浮貼國民身分證背面影本
--------------	--------------

勞保局、健保署填用					
受 理 號 碼					
人 數	名	勞保 健保	受 理 日 期		
受 理 人 員	資 料 鍵 錄		資 料 校 對		

1. 辦理變更手續請參閱背面說明。
2. 本表請填寫一式2份(惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者, 則請填1份)一併寄送健保署(臺北業務組轄區則請寄勞保局)每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章, 並詳填單位名稱、地址、電話。
3. 健保署於受理並完成變更資料時, 將註銷原使用之健保卡, 故請保險對象另填「請領健保卡申請表」, 並繳交工本費200元, 申請換發新卡。
※表列已申報提繳勞工退休金之人員, 本表並為勞工退休金勞工資料變更申請書。

填表說明：

- 一、本表供被保險人及其眷屬辦理更正或變更基本資料時填用，由投保單位填寫一式2份（惟如整份表均僅申報眷屬基本資料變更者，則請填1份）一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保署（臺北業務組轄區請寄勞保局）處理，並影印1份留存備查。
- 二、被保險人或其眷屬如更正或變更姓名、國民身分證統一編號、出生年月日時，請檢附國民身分證或戶籍證明文件或居留證或護照影本。
- 三、眷屬稱謂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、受監護人—p。
- 四、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 五、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。

寄件人

--	--	--	--	--

請貼足郵資
掛號郵寄

單位地址：

單位名稱：

電話：

勞工保險證號：

健保投保單位代號：

收件人（郵件單位及地址請依貴單位所在地打√）

10013 勞動部勞工保險局

地址：台北市羅斯福路1段4號

投保單位所在地：台北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區

32005 衛生福利部中央健康保險署北區業務組

地址：桃園市中壢區中山東路3段525號

投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣

40709 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

地址：臺中市西屯區市政北一路66號

投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣

70006 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

地址：臺南市公園路96號

投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市

80759 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

地址：高雄市三民區九如二路157號

投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣

97042 衛生福利部中央健康保險署東區業務組

地址：花蓮市軒轅路36號

投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣