

## 議員公費助理全民健康保險眷屬轉出申請書

茲本人 \_\_\_\_\_ 之眷屬(詳如表列)，擬轉出(轉換投保單位)議會全民健康保險，以上屬實無誤。

眷屬姓名	身分證字號	稱謂	新投保單位 加保日期		轉出原因 (請勾選)
	出生日期				
	/ /		/	/	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 出國六個月以上 <input type="checkbox"/> 其他( )
	/ /		/	/	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 出國六個月以上 <input type="checkbox"/> 其他( )
	/ /		/	/	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 出國六個月以上 <input type="checkbox"/> 其他( )
	/ /		/	/	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 出國六個月以上 <input type="checkbox"/> 其他( )
	/ /		/	/	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 出國六個月以上 <input type="checkbox"/> 其他( )
	/ /		/	/	<input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 出國六個月以上 <input type="checkbox"/> 其他( )

此致

高雄市議會

議員： \_\_\_\_\_ (簽章)

申請人姓名： \_\_\_\_\_ (簽章)

身分證字號： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_

中 華 民 國      年      月      日