


全民健康保險保險對象退保申報表

表號：承表 L

															收件章			分區業務組			業務組								
															民國		年	月		日	申報		民國		年	月份第		號表	
投保單位代號																													
退保者 (打V)	被保險人				相關眷屬				投保單位填寫				核定生效日期 (健保署填寫)																
																	專技自行執業者轉出請打V		雇主轉出請打V		轉出 (請打V)		不具健保資格 (請填代號)		退保原因		退保原因		發生日
本眷 人屬	姓名		國民身分證統一編號 (居留證號碼)				姓名		國民身分證統一編號 (居留證號碼)				E-失蹤 M-死亡 U-喪失健保資格		年		月		日		年		月		日				
	離職、退休(役、會) 第四類第三目轉出者	眷屬轉換單位	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日			
※請轉知保險對象，本保險為強制性保險，轉出後請儘速至新投保單位辦理投保手續，無職業且未具眷屬資格者，請至戶籍所在地鄉(鎮、市、區)公所投保；近期內預定出國連續6個月以上且選擇辦理停保者，務必於新投保單位辦理投保及停保手續。															健保署填用														
投保單位名稱： 通訊地址： 電話： 負責人：															單位圖記 或 印 信						受理			資料 鍵錄			資料 校對		
(印章) 經辦人： (印章)															歸檔 批頁號														

備註：保險對象轉出後如無職業，具眷屬資格者應以眷屬身分依附投保，如無職業且未具眷屬資格則請攜帶身分證、戶口名簿(攜眷者)、印章至戶籍所在地鄉(鎮、市、區)公所投保。

※專技自行執業者轉出，請檢附退保轉出證明文件(如已非合夥人關係之證明文件或其他單位受僱證明等…)

※辦理員工追溯轉出逾6個月時，請檢附員工離職申請書或其他相關證明文件。

※填表時，請參閱背面說明。

填表說明：

- 一、本表供第一類至第六類被保險人（第六類第二目除外）及其眷屬退保時填用，由投保單位填寫1份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，並請影印1份留存備查。
- 二、職業工會、農、漁、六類被保險人或各類眷屬，若已受僱於一定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加全民健康保險，原投保單位辦理退保。
- 三、全民健康保險之效力，自退保原因發生之當日24時停止。
- 四、全民健康保險退保原因請依規定填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或填「不具健保資格」代號。
- 五、轉換投保單位或改變投保身分者，請於『退保原因欄』勾選「轉出」。
例如：
(一) 第一類被保險人離職（含免職、撤職、停役）、退役、退休（資遣）等。
(二) 第二類及第三類被保險人喪失會員資格。
(三) 第四類被保險人喪失無依軍眷或在卹遺族資格。
(四) 第五類保險對象喪失低收入戶資格。
(五) 第六類保險對象轉換安置的社會福利服務機構。
(六) 各類保險對象轉換為其他類保險對象。
(七) 眷屬終止收養關係、離婚或成年不具眷屬續保資格。
- 六、被保險人退保時、其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打V；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」欄位打V。
- 七、有關保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保手續時，為避免保險對象投保紀錄中斷並保護個人資料隱私，投保單位應去除（遮蓋）本表其他保險對象資料後，再影印1份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。
- 八、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。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保署轄區業務組)	地址	投保單位所在地
衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組	104005 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 100930 台北古亭郵政第200號信箱	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	320216 桃園市中壢區中山東路3段525號	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	407666 臺中市西屯區市政北一路66號	臺中市、南投縣、彰化縣
衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	7000203 臺南市中西區公園路96號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	801206 高雄市前金區中正四路259號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	970009 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

請貼足
郵票
掛號郵寄

□□□ - □□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□ - □□□

衛生福利部中央健康保險署

業務組啟