

表號：承表L

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

勞工保險退保申報表

全民健康保險第一、二、三類保險對象退保申報表

〈※勞工退休金停止提繳申報表〉

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

申報 退保 者 (打 √)	被保人							相關眷屬							投保單位填寫				健保署核定 生效日期			
	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)					退保原因	原因別 (打√)		不具健保資格 (轉出)原因 發生日期					
		轉出		不具健 保資格																		
本人							年	月	日											年	月	日
眷屬							年	月	日											年	月	日
							年	月	日											年	月	日
							年	月	日											年	月	日
							年	月	日											年	月	日
							年	月	日											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：

負責人 印章 經辦人 印章

單位印章



填表範例

- 辦理退保手續請參閱背面說明
- 本表請填寫一式2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。(惟如整份表僅申報健保退保或僅申報勞保退保，請參閱背面說明二)。
- 請轉知保險對象，全民健康保險為強制性保險，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。

勞保局、健保署填用			
受理號碼			
人數	名	勞保退保 健保受理日期：	
受理人員	資料 鍵 錄	資料 校對	

※ 一、適用勞動基準法之本國籍勞工，本表並為勞工退休金停止提繳申報表，勞保局將以本表投遞日期為勞工退休金最後提繳日期，據以計算應提繳退休金。
 勞工退休金最後提繳日期與本表投遞日期不同者，請另填具「勞工退休金停止提繳申報表」送勞保局憑辦。
 二、下列情形請勿填本表，另填具「勞工退休金停止提繳申報表」寄送勞保局辦理勞工退休金停止提繳手續：

- (一) 在職勞工停止個人自願提繳。
(二) 實際從事勞動之雇主、委任經理人或不適用勞動基準法本國籍工作者仍在職，停止個人自願提繳。
(三) 委任經理人、不適用勞動基準法本國籍工作者仍在職，惟雇主不再為其提繳。

填表說明：

- 一、本表供勞工保險投保單位遇有被保險人(不含眷屬)離職、退會或結訓應退保時向勞保局申報退保及全民健康保險投保單位向健保署申報被保險人及其眷屬退保時填用，由投保單位填寫一式2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、由於勞保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬退保，或只是健保被保險人退保者，請填用健保專用退保申報表逕寄健保署，如只是勞保被保險人退保者，請填用勞保專用退保表逕寄勞保局。
- 三、勞工保險投保單位應於勞工離職、退會、結訓當日申報退保，其保險效力自本表送達之當日24時停止。(郵寄以原寄郵局郵戳為憑)
- 四、職業工會、漁會會員，若已受僱於一定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加勞工保險及全民健康保險，原由職業工會、漁會加保部分應請由工會、漁會辦理退保。
- 五、已依勞工保險條例第八條規定參加勞工保險之自願投保單位所僱員工或雇主，除非離職或不再從事勞動，否則不得申報退保。
- 六、全民健康保險之保險效力，自退保原因發生之當日24時停止。
- 七、全民健康保險退保原因請依下列規定詳細填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或「不具健保資格」：
 - (一)「轉出」：指第一類被保險人離職、退休等；第二類被保險人退會；第三類被保險人喪失農漁民資格；各類保險對象轉換為其他類保險對象；眷屬終止收養關係、離婚、年滿20歲不具眷屬續保資格等。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。
 - (二)不具健保資料僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：M-死亡、E-失蹤滿6個月、U-喪失全民健康保險投保資格者。
- 八、被保險人退保時，其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打√；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√。
- 九、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。
- 十、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 十一、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

--	--	--	--	--	--

單位地址：

單位名稱：

電話：

勞工保險證號：

健保投保單位代號：

請貼足郵資
掛號郵寄

收件人 (郵寄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：臺北市中正區羅斯福路1段4號

投保單位所在地：臺北市、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：臺南市中西區公園路96號

投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市

80147 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

地址：高雄市前金區中正四路259號

投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣

97049 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

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過裁切線

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線

