

全民健康保險第一類保險對象及其眷屬投保異動表

被 保 險 人		眷 屬				眷 屬 異 動		異動日期	備 註
姓 名	國民身份證編號	姓 名	國民身份證編號 (填寫居留證號碼者 最後一格註明性別)	稱 謂	出 生 日 年 月 日	類 別 (請述明加、 退、停或復保)	原 因		
	異動類別 (加、退、停或復保)								
	出生年月日 (民前出生者請加註)								

- 一、全民健保係強制性保險，凡符合被保險人資格者，應以被保險人身份投保，不得以眷屬身份投保。
- 二、被保險人區分為六類，其第一類對象為：(一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。(二)公、民營事業、機構之受僱者。(三)前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。(四)雇主或自營業主。(五)專門職業及技術人員自行執業者。
- 三、保險對象為眷屬者，應符下列規定：(一)被保險人之配偶，且無職業者。(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

填表人: _____ 簽名 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日