

國立東石高級中學教職員全民健康保險加保、退保、變更資料申請表

姓 名： (簽名)

聯絡電話：

請打V		被保險人 (本校同仁)				眷 屬				請打 V			加、退、變更 原因及日期	備 註
本 人	眷 屬	姓 名	身 分 證 號	出 生 日 期	投 保 金 額 (人事室填)	稱 謂	姓 名	身 分 證 號	出 生 日 期	加	退	變		

- 說明：一、本表僅適用參加公教人員保險之同仁及眷屬 (不論本人或眷屬加、退保均須詳填被保險人基本資料)。
 二、被保險人或眷屬變更姓名、身分證號、出生年月日，應附國民身分證或戶籍證明文件影本。
 三、因出國停保者於返國復保時，請加印整本護照 (含空白頁)。
 四、因服役退保者，應附服役通知單影本。