

# 眷屬加保全民健康保險申請書

一、被保險人申請下列眷屬參加全民健康保險，願依規定按時（每年五月底及十一月底以前）送繳保費，如有違誤，亦願接受各項罰則。

二、申請人為方便繳付保費起見，下列眷屬每期所應繳之保費，貴會得自第 57-\_\_\_\_\_ 號

帳戶（印 存戶親簽/存摺印鑑）逕行提領轉帳繳付絕無異議，並遵守下列條款：

（一）貴會對上開存款有權提領轉帳無須本人之支票或存摺取款條，若因而使帳戶存款不足遭致退票或發生與第三人間之糾紛等均與貴會無涉，本人願負一切責任。

（二）雖有委託書，貴會並無代為提領存款轉帳繳費之義務，若貴會認有需要或認有糾紛或存款不足等情事一經貴會通知當即到會辦理一切手續。

加保眷屬稱謂	姓名	身份證字號	出生年月日	備註

\*註：請攜帶(1)戶口名簿影本【不同戶須二份】(2)他單位轉出表(3)主保人身分證正本及印章(4)轉帳帳戶存摺及印鑑

被保人姓名：\_\_\_\_\_ 簽章

身份證字號：\_\_\_\_\_

住 址：新竹市 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 里 \_\_\_\_\_ 鄰 \_\_\_\_\_ 路（街） \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號

電 話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

驗印

登錄

保險部經辦

保險部主管