全民健康保險第一類保險對象投保（轉入）申報表

隸屬分局	台　北　分局
民國　　年　　月　　日申報	
民國　　年　月份第　　號表	

表　　號	承　表　C

投保單位代號										（本表專供政府機關、公私立學校、公職人員的投保單位填用）

投保者（打∨）		被保險人			眷屬				出生年月日（民前出生者請加註「－」）	投保金額	合於投保條件		核定生效日期（健保局填寫）
本人	眷屬	姓名	國民身分證統一編號（填寫居留證號碼者最後一格註明性別）		姓名	國民身分證統一編號（填寫居留證號碼者最後一格註明性別）					原因	日期	
							稱謂	代號					
									年　月　日				
									年　月　日				
									年　月　日				
									年　月　日				
									年　月　日				
									年　月　日				
									年　月　日				
									年　月　日				

說明

一、本表供第一類政府機關公私立學校參加公教人員保險者、公職人員及其眷屬辦理投保(轉入)時填用，由投保單位填寫一份送中央健康保險局，並影印一份留存備查。
二、被保險人及其眷屬同時投保(轉入)時，應分別各填一列；投保(轉入)者是眷屬時，並應填寫被保險人本人的姓名及國民身份證統一編號。
三、眷屬的稱謂及代號請依下列規定填寫：配偶－1、父母－2、子女－3、祖父母－4、孫子女－5、外祖父母－6、外孫子女－7、曾祖父母－8、外曾祖父母－9。
四、被保險人合於投保條件的原因請詳列：到職起薪。
五、眷屬合於投保條件的原因請詳列，如：喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、收養等。
六、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，合於投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：S－在學就讀且無職業、P－受禁治產宣告尚未撤銷、A－殘障而不能自謀生活、H－罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業、G－應屆畢業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍日起一年內且無職業。

投保單位名稱 **中央研究院**　　（單位圖記或印信）

負　責　人　　（私章）

經　辦　人　　（私章）

健保局填用

受理號碼：　　受理日期：

受理		資料鍵錄		資料校對	