

☐ 彰化縣腳底按摩職業工會
☐ 彰化縣電子科技產品研發設計人員職業工會
 ◎ 眷屬加保申請書 ◎

～ 被保險人(本人)基本資料 ～							
會員編號		需加保者身份		☒ 眷屬依附 ☐ 新生兒依附		加保項目	☒ 健保 ☐ 團保
姓名		性別		出生日期		身份證號	
電話		傳真		行動電話			
聯絡地址	郵遞區號 - -						
～ 眷屬 (本人的父母、配偶、子女) 加保情況 ～							
稱謂	姓名	身份證號	出生日期	健保-加保日	團保-加保日		
父親				年 月 日	年 月 日		
母親				年 月 日	年 月 日		
配偶				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
子女				年 月 日	年 月 日		
附件	★ 戶口名簿或戶籍謄本影本一份 ★ (以依附眷屬為主)						
說明	若非本人申請，代理人願負一切責任。						
注意事項	轉出請務必提前告知，加保生效日為申報日 填好申請表請於每月20日前傳真04-7222726或掛號回寄500彰化市民族路361巷6號 傳真辦理手續請務必當日來電確認！						

被保險人簽名：✓

☐ 由工會辦理新生兒健保卡(14天作業時間)

☐ 自行到健保局辦理新生兒健保卡

眷屬依附加保日：✓

代理人或單位承辦人簽名：

代理人或單位承辦人聯絡電話：

代理人與被保險人關係：