

全民健康保險被保險人育嬰留職停薪 在原投保單位繼續投保及異動申報表

(本表專供第一類投保單位填用)

表號：承表 W

投保單位代號										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

收件章	分區業務組								業務組	
	民國			年		月		日	申報	
	民國			年		月份第		號表		

壹、被保險人基本資料

國民身分證統一編號 (居留證號碼)			姓名			出生日期							
						年	月	日					
戶籍地址		郵遞區號		縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓	室
通訊地址		郵遞區號		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址									
				縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓	室
行動電話(必填)				_____ - _____		市話	(____) _____ 分機 _____						
被保險人簽章：						(蓋章)							

貳、留職停薪期間及繼續投保生效日

投保單位填寫						健保署填寫					
育嬰留職停薪期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

參、留職停薪期間異動

投保單位填寫						健保署填寫					
項目別(打v) <input type="checkbox"/> 提前復職(僅填迄日) <input type="checkbox"/> 展延期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

肆、投保單位資料

投保單位名稱：				<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 單位圖記 或 印信 </div> <small>填表範例</small>	健保署填用	受	資料	鍵	錄	資料	校	對
通訊地址：						理						
電話：						歸檔						
負責人：				(印章) 經辦人： (印章)		批		頁		號		