

# 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： 通訊地址： 電話： 負責人： _____ (印章) 經辦人： _____ (印章)	單位圖記 或 印信  填表範例	<b>健保署填用</b>	受理 歸檔 批頁號	資料 鍵錄	資料 校對
--	--	--------------	-----------------	----------	----------