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	
J 1 1 1 1 1 1 1 1 1	王OO	0	5	0	0 7	1	2

戶籍地址	郵遞區號	新竹縣新埔鎮文德路三段 58 號
	3 0 2	
通訊地址	郵遞區號	■ 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）	0912 - 345678	市 話 （ 03 ）5892051 分機
被保險人簽章：王 00	（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）	☐提前復職（僅填迄日）		☐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

健保署填用	受理		資料鍵錄		資料校對	
	歸檔批頁號					