交通部公路局新竹區監理所員工暨眷屬健保異動申請表		
被保險人姓名	身分證字號	出生日期
眷屬姓名	身分證字號	出生日期

異動項目	□加　保□轉　出		
加退保轉出原因			
生效日期			
申請人簽章		申請日期	
備註	1.凡申請眷屬加保者，請附原投保單位轉出申報表影本、被　保險人本人及眷屬身分證影本各乙份。 2.本申請表請送人事室辦理。 3.眷屬如有2人以上，可同時填寫申請。		

本欄由人事室填寫

單位		保費(元)	
被保險人姓名			
溢繳退費、短收補繳原因	□轉出　□轉入　□新生兒加保　□就保(失業)　□補差額 □減免保費(□全額　□二分之一　□四分之一)　□免收保費取消		
溢繳、扣抵或短收期間	自　年　月至　年　月		
辦理方式	□自　年　月薪資補收　個月，計　元，共　元 □辦理扣抵作業，自　年　月薪資扣抵 □辦理退費作業並轉入薪資帳戶(自　年　月至　年　月) 共計_____元		