彰 化 縣 田 尾 國 中

全 民 健 康 保 險 眷 屬 加 保 、 退 保 申 請 單

申請人：

申請人身分證號：

申請日期：

眷屬相關資料				請勾選		加、退保發生原因	加、退保發生日期
稱謂	姓　　名	身 分 證 號	出生日期	加保	轉出		

說明：一、本表僅適用本校同仁眷屬。

二、眷屬加保，請附原單位退保申請表及相關證明文件。

三、請務必確實填寫加保或轉出的日期，以便作業。

敬會

人事室　　出納　　主計室　　校 長