

## 明新學校財團法人明新科技大學 眷屬加保健保申請表（單獨）

勞工保險證號：04006385G；全民健保投保單位代號(勞保)：123635236；全民健保投保單位代號(公保)：110058770

申請日期：        年        月        日

**投保者一人，身份屬於**  本國籍  外籍  外籍配偶（含港澳配偶）  大陸配偶 ※外籍、外籍配偶、大陸配偶務必附佐證

人事編號	姓名	身分證號 (居留證號)	出生年月日 (0521228)	聯絡手機	電子信箱

### 投保眷屬健保（限本國人）

眷屬姓名	身分證號 (居留證號)	出生年月日 (0521228)	稱謂	加保日期	年滿 20 歲	年滿 20 歲卑親屬加保原因代碼 (詳見注意事項 4)
				年    月    日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G
				年    月    日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G
				年    月    日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G

本人簽名

僱用單位主管或計畫主持人簽章

（教師及約僱人員主管免簽章；專案計畫人員主管須簽章）

#### 注意事項：

1. 申請表繳件方式：**申請表完成核章後，敬請將電子檔寄送至 [happiness52093@must.edu.tw](mailto:happiness52093@must.edu.tw)。並請於寄送後電洽承辦人（分機 2137），確認是否已收到相關資料，謝謝您的協助。**
2. 請計畫單位每月如實給薪及核銷保費。
3. 如未依規定辦理，所衍生之費用或違反規定而受罰之情事，應由計畫主持人或用人單位，依法負損害賠償或補償責任。
4. 已成年（年滿 20 歲）直系血親卑親屬，如子女，以眷屬身分依附投保時，請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「年滿 20 歲卑親屬加保原因」欄內：

依附加保代碼	加保原因	舉證文件
S	在學就讀且無職業者	學生證
P	受監護宣告尚未撤銷	受監護宣告公文
A	領有身心障礙手冊或證明且不能自謀生活	身心障礙手冊或證明

H	罹患本法所稱重大傷病且不能自謀生活	重大傷病卡
G	應屆畢業或服兵役退伍1年內且無職業	畢業證書、退伍令