|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 臺北市諮商心理師公會。公會健保加保申請書  113.06.06版 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保險人(會員本人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 國民身分證統一編號  (居留證統一證號) | | | | | | | | | | | | | Email  (寄送繳費通知) | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 出生年月日(民國) | | | | | | | | | | | | | 聯絡電話 | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | |
| 健保收據  收件方式 | 本會採季繳方式代收健保費(1月繳納1-3月健保費、4月繳納4-6月健保費、7月繳納7-9月健保費、10-12月健保費)，確認收到款項後開立紙本收據，請勾選領取收據的頻率。  □ 每季繳費完成後，請將收據寄給我  □ 每年第四季繳費完成後，再將當年度全部收據一起寄給我 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健保收據  郵寄地址 |  | | | | | | | | | | | | | | □ 掛號(建議選擇掛號，以利追蹤備查郵寄紀錄)  □ 平信 | | | | | | | | | |
| □ 只有會員本人投保  □ 會員和眷屬一起投保  □ 會員先前已加保，眷屬更改依附對象為會員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眷屬加保(稱謂代號、投保條件代號請參考附表) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 國民身分證統一編號  (居留證統一證號) | | | | | | | | | | | | | 稱謂代號 | 前一單位轉出(退保)日期(民國) | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 出生年月日(民國) | | | | | | | | | | | | | 投保條件代號 | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | |  | | | | | | | | | |
| 姓名 | 國民身分證統一編號  (居留證統一證號) | | | | | | | | | | | | | 稱謂代號 | 前一單位轉出(退保)日期(民國) | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 出生年月日(民國) | | | | | | | | | | | | | 投保條件代號 | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | |  | | | | | | | | | |
| 姓名 | 國民身分證統一編號  (居留證統一證號) | | | | | | | | | | | | | 稱謂代號 | 前一單位轉出(退保)日期(民國) | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 出生年月日(民國) | | | | | | | | | | | | | 投保條件代號 | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | |  | | | | | | | | | |
| 會員(申請人)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(親筆簽名)  加保申請日期：民國\_ \_ \_年\_ \_ 月\_ \_ 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公會填寫** | | | 秘書處收件日期 | | | | | | | | | | 民國\_ \_ \_年\_ \_ 月\_ \_ 日 | | | | | | | | | | | |
| 健保署核定加保生效日期 | | | | | | | | | | 民國\_ \_ \_年\_ \_ 月\_ \_ 日 | | | | | | | | | | | |
| 經手人蓋章 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 附表 | | |
| 項目 | 選項 | 檢附文件 |
| 稱謂代號 | 1配偶 | 配偶之身分證正反面 |
| 2父母 | 父母之身分證正反面 |
| 3子女 | 子女之身分證正反面 或  戶口名簿 |
| 4祖父母 | 戶口名簿 |
| 5孫子女 |
| 6外祖父母 |
| 7外孫子女 |
| 8曾祖父母 |
| 9外曾祖父母 |
| P受監護人 | 受監護人之身分證正反面 |
| 投保條件代號  與  舉證文件 | 1隨同會員加保 | 前一單位退保證明 |
| 2喪失被保險人身分 |
| 3更換所依附之被保險人 |
| 4結婚 | 戶口名簿 |
| 5收養 |
| 已成年卑親屬  投保/續保條件代號  與  舉證文件 | 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 |
| G應屆畢業或服兵役退伍１年內且無職業 | 畢業證書或退伍令 |
| H罹患健保法所稱重大傷病且不能自謀生活 | 重大傷病卡 |
| S在學就讀且無職業者 | 學生證正反面 |
| P受監護宣告尚未撤銷 | 受監護宣告公文 |