



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	
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。 <input type="checkbox"/> 每季繳費完成後，請將收據寄給我 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 掛號(建議選擇掛號，以利追蹤備查郵寄紀錄) <input type="checkbox"/> 平信		
<input type="checkbox"/> 只有會員本人投保 <input type="checkbox"/> 會員和眷屬一起投保 <input type="checkbox"/> 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)
	出生年月日(民國)		投保條件代號
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)
	出生年月日(民國)		投保條件代號
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)
	出生年月日(民國)		投保條件代號
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