

**國立臺東大學附屬特殊教育學校
全民(勞)健保眷屬加／退保申請單**

單位別			申請人			
出生日期			身分證號			
稱謂	姓 名	身分證號 (居留證號)	出生日期	加保	退保	個人條件
						1. 身心障礙 ☐ 一般 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 2. 低收入戶 ☐ 中低收 ☐ 低收 3. 其他：
						1. 身心障礙 ☐ 一般 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 2. 低收入戶 ☐ 中低收 ☐ 低收 3. 其他：
						1. 身心障礙 ☐ 一般 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 2. 低收入戶 ☐ 中低收 ☐ 低收 3. 其他：
眷屬加／退保合計：_____ 人						
填表日期			申請人 簽章			
單位承辦			單位主管			
生效日期 (總務處填寫)			總務處	☐ 請業務單位先將文件遞送至總務主任， 檢視過後總務處承辦單位逐層核章。 承辦人(請附上系統資料) 事務組長 出納組長 總務主任		
備 註	個人條件項目多元，請申請者參照「各級政府辦理保險對象健保費補助項目一覽表」(https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-4721-0d598-2645-1.html)填寫					