

**國立臺東大學附屬特殊教育學校**  
**全民健保眷屬加／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	身心狀態
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
眷屬加／退保合計：_____ 人						
填表日期			申請人 簽章			
生效日期 (人事室填寫)			人事經辦			
備註	一、新生兒加保請附出生證明及戶口名簿各一份，以便辦理加保手續。 二、眷屬加保請附「全民健康保險退保申報表」以便辦理加保手續。 三、身心狀態如符合減免規定，請檢附身心障礙手冊影本。					