

國立澎湖科技大學全民健保投保（轉出）申請表

轉出者 (打V)		被保險人 (教職員本人資料)				相關眷屬 (轉出眷屬資料)				稱謂	轉出原因														
本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)				姓 名	國民身分證統一編號 (填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F)				轉出日期													
			出生年月日					出生年月日																	
					年		月		日				年		月		日				年		月		日
			出生年月日					出生年月日																	
					年		月		日				年		月		日				年		月		日
			出生年月日					出生年月日																	
					年		月		日				年		月		日				年		月		日
			出生年月日					出生年月日																	
					年		月		日				年		月		日				年		月		日

申請人簽章	
-------	--

備註：

被保險人其眷屬轉出時亦需填寫被保險人基本資料。