全民健康保險第一類保險對象投保（轉入）申請表(**無專職工作之兼任教師**)

表　號	承 表 C

投保單位代號	1	2	3	5	6	9	5	0	4

（本表專供政府機關、公私立學校、公職人員的投保單位填用）

投保者（打√）		被保險人		眷屬				出生年月日（民前出生者請加註「－」）	投保金額	合於投保條件		備註
本人	眷屬	姓名	國民身分證統一編號（填寫居留證號碼者最後一格註明性別）	姓名	國民身分證統一編號（填寫居留證號碼者最後一格註明性別）	稱謂	代號			原因	日期	
V												
								年　月　日				
								年　月　日				
								年　月　日				

說明

一、無專職工作之兼任教師得填寫本表選擇於本校加保(請勿重複加保)，如於聘期中辭聘或聘期屆滿未續聘時，由本校逕予轉出並開立轉出證明由兼任單位(院、系、科、所、…)轉交兼任教師。

二、請檢附原轉出單位開立之轉出證明 1 份。

三、被保險人及其眷屬同時投保（轉入）時，應分別各填一列；投保（轉入）者是眷屬時，並應填寫被保險人本人的姓名及國民身分證統一編號。

四、眷屬的稱謂及代號請依下列規定填寫：配偶－1、父母－2、子女－3、祖父母－4、孫子女－5、外祖父母－6、外孫子女－7、曾祖父母－8、外曾祖父母－9。

五、眷屬合於投保條件的原因請詳列，如：喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、收養等。

六、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，合於投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：S－在學就讀且無職業、P－受禁治產宣告尚未撤銷、A－殘障而不能自謀生活、H－罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業、G－應屆畢業自當學年度終了之日起一年內或服兵役退伍自退伍日起一年內且無職業(請檢附畢業證書或退伍令影本)。

七、本表請送總務處事務組林美智小姐（校內分機 1919)。

填表人　單位：

姓名：　　（簽名）

年　月　日