

## 全民健康保險保險對象停、復保申報表

表號：承表 M (停保) 承表 N (復保) (如同時申報停、復保，請分別填寫一份)

| 收 件 章               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 分區業務組 |                      |      |     | 業 務 組  |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|------|-----|--------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|-------------------|--------------|--------------------------------|--------|---------------------------|---|---|------------|--|--|
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 民國    |                      | 年    |     | 月      |                      | 日                                                                                                                                                                                                     | 申報      |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 民國    |                      | 年    |     | 月份第    |                      | 號                                                                                                                                                                                                     | 表       |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
| 停(復)<br>保 者<br>(打√) | 被 保 險 人<br>(僅申報眷屬停復保時，仍應填寫本欄)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                      | 眷 屬  |     |        | 投保金額<br>(被保險人復保時填寫)  |                                                                                                                                                                                                       | 原因別(打√) |           | 停、復保原因<br>發 生 日 期 |              | 本<br>後<br>異<br>動<br>別<br>(請打√) |        | 核 定<br>生 效 日 期<br>(健保署填寫) |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 停 保                  |      | 復 保 |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
| 本<br>人              | 眷<br>屬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 姓 名   | 國民身分證統一編號<br>(居留證號碼) |      |     | 姓 名    | 國民身分證統一編號<br>(居留證號碼) |                                                                                                                                                                                                       |         | 年         | 月                 | 日            | 停<br>保                         | 轉<br>出 | 續<br>保                    | 年 | 月 | 日          |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
| 簽<br>章<br>欄         | <p>被保險人辦理本人或眷屬出國停保者，請於閱讀下列文字後簽章：</p> <p style="color: red;">一、被保險人或代理人(受託人)已瞭解全民健康保險有關被保險人及眷屬出國辦理停、復保相關規定(詳申報表背面文字)。<br/> <b>特別提醒：凡辦理出國停保者，每次返國不論停留期間長短，都需辦理復保手續。再次出國，如果還要停保，應於復保後屆滿三個月，始得再次辦理停保。如果每次出國未滿6個月即返國，應註銷停保補繳保費。</b></p> <p>二、被保險人簽章：</p> <p>三、代理人(受託人)簽章：</p> <p>備註：本表如填報2位以上被保險人，請於「被保險人簽章」或「代理人(受託人)簽章」後依序簽章。</p> |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
| 投保單位名稱：             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 通訊地址： |                      | 電 話： |     | 負 責 人： |                      | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">單位圖記<br/>或<br/>印 信</div>                                                                                                  |         | 健 保 署 填 用 |                   |              |                                |        |                           |   |   |            |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">(印章) 經辦人：</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">(印章)</div> |         | 填表範例      |                   | 受 理          |                                |        | 資 料<br>鍵 錄                |   |   | 資 料<br>校 對 |  |  |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                      |      |     |        |                      |                                                                                                                                                                                                       |         |           |                   | 歸 檔<br>批 頁 號 |                                |        |                           |   |   |            |  |  |

※辦理停、復保手續請參閱背面說明。如有疑問，請洽健保署免付費電話 0800-030-598，或至健保署網站查詢(網址：<http://www.nhi.gov.tw>)。

填表說明：

一、本表供保險對象辦理停、復保時填用，由投保單位填寫 1 份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，並影印 1 份留存備查。

二、保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，停保期間不得使用健保卡就醫，其相關注意事項如下：

(一) 保險對象預定出國 6 個月以上 (請勾選代碼 F)：(6 個月係按月計算，即出國日加 6 個月)

1. 出國停保者如為被保險人，其眷屬隨同出國者，請於「本人停保眷屬異動別」的「停保」欄打「✓」；其眷屬如改按其他身分投保，請於「本人停保眷屬異動別」的「轉出」欄打「✓」。
2. 出國 6 個月以上，已辦理停保的民眾，於入境返國時，不論停留期間長短，都要在返國後檢附戶籍相關證明文件及入出境證明或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費，嗣後再出國時，應於復保屆滿 3 個月，始得再次選擇是否停保；如果出國未滿 6 個月即返國，停保將被註銷，而且要補繳保險費。
3. 返國未辦復保者，不論是否再出國，一律追溯自辦理停保後之第一次返國日 (限當次出境已達 6 個月以上) 或追溯至停保日 (指當次出境未達 6 個月即返國者) 復保並追繳保費。

(二) 保險對象失蹤未滿 6 個月 (請勾選代碼 D)：

1. 如失蹤者為被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保後眷屬異動別」的「轉出」欄打「✓」。
2. 保險對象辦理失蹤停保，需檢附警察機關報案三聯單。
3. 保險對象失蹤後，於 6 個月內尋獲者，應檢附警察機關撤銷查尋人口紀錄之證明文件辦理註銷停保，並追溯自停保月份起補繳保險費。

三、停、復保規定如有變更，以本署公告為準。

四、本表請以掛號郵寄 (請將掛號執據貼於存底聯保存) 或派人專送。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

| 郵寄單位<br>(健保署轄區業務組)    | 地址                                                            | 投保單位所在地                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 衛生福利部中央健康保險署<br>臺北業務組 | 10439<br>臺北市中山區中山北路 1 段 7 號<br>郵寄請寄：<br>10099 台北郵政 30-200 號信箱 | 臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣 |
| 衛生福利部中央健康保險署<br>北區業務組 | 32005<br>桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號                                 | 桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣         |
| 衛生福利部中央健康保險署<br>中區業務組 | 40709<br>臺中市西屯區市政北一路 66 號                                     | 臺中市、南投縣、彰化縣             |
| 衛生福利部中央健康保險署<br>南區業務組 | 70006<br>臺南市中西區公園路 96 號                                       | 雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市         |
| 衛生福利部中央健康保險署<br>高屏業務組 | 80147<br>高雄市前金區中正四路 259 號                                     | 高雄市、屏東縣、澎湖縣             |
| 衛生福利部中央健康保險署<br>東區業務組 | 97049<br>花蓮市軒轅路 36 號                                          | 花蓮縣、臺東縣                 |

請貼足  
郵票  
掛號郵寄

□□□ - □□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□ - □□

衛生福利部中央健康保險署

業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線