

# 全民健康保險保險對象退保申報表

表號：承表 L

															收件章			分區業務組				業務組							
															民國		年	民國		年	月	日	申報		月份第		號表		
投保單位代號																													
退保者 (打 V)		被保險人					相關眷屬					投保單位填寫				核定生效日期 (健保署填寫)													
本 眷 人 屬	姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)					姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)					退保原因			退保原因 發生日期		年		月		日		年		月		日	
													轉出 (請打 V)		不具健保資格 (請填代號)														

填表說明：

- 一、本表供第一類至第六類被保險人（第六類第二目除外）及其眷屬退保時填用，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，並請影印1份留存備查。
- 二、職業工會、農、漁、水利會會員、六類被保險人或各類眷屬，若已受僱於一定雇主，應由其受僱之投保單位辦理參加全民健康保險，原投保單位辦理退保。
- 三、全民健康保險之效力，自退保原因發生之當日24時停止。
- 四、全民健康保險退保原因請依規定填寫，並於原因別欄勾選「轉出」或填「不具健保資格」代號。
- 五、轉換投保單位或改變投保身分者，請於「退保原因欄」勾選「轉出」。  
例如：
  - (一) 第一類被保險人離職（含免職、撤職、停役）、退役、退休（資遣）等。
  - (二) 第二類及第三類被保險人喪失會員資格。
  - (三) 第四類被保險人喪失無依軍眷或在卹遺族資格。
  - (四) 第五類保險對象喪失低收入戶資格。
  - (五) 第六類保險對象轉換安置的社會福利服務機構。
  - (六) 各類保險對象轉換為其他類保險對象。
  - (七) 眷屬終止收養關係、離婚或年滿20歲不具眷屬續保資格。
- 六、被保險人退保時、其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打V；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」欄位打V。
- 七、有關保險對象因轉換投保單位或改變投保身分辦理退保手續時，為避免保險對象投保紀錄中斷並保護個人資料隱私，投保單位應去除（遮蓋）本表其他保險對象資料後，再影印1份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續。
- 八、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 (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 臺北業務組	104005 臺北市中山區中山北路1段7號 <b>郵寄請寄： 100930 臺北古亭郵局第200號信箱</b>	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 北區業務組	320216 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 中區業務組	407666 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 南區業務組	700203 臺南中西區公園路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 高屏業務組	801206 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 東區業務組	970009 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