

投保單位名稱:

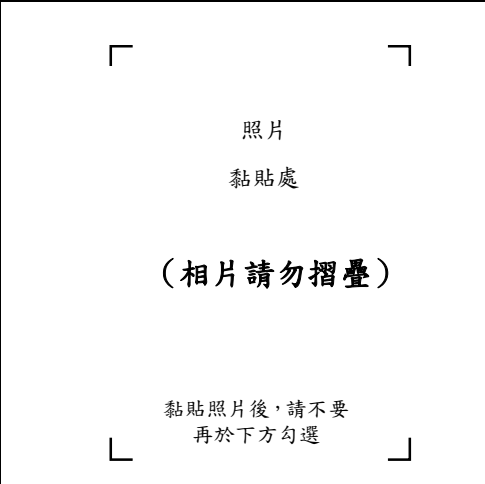
投保單位代號:

請領健保 IC 卡申請表

※本表請勿影印使用

第一聯

申請日期： 年 月 日

姓名		(所填姓名、身分證號、出生日期務必與身分證明文件相符)				請於下方區域正中央黏貼二年內二吋正面、脫帽半身彩色(或黑白)未戴有色鏡片眼鏡照片乙張	
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)							<div style="text-align: center;">  <p>照片黏貼處</p> <p>(相片請勿摺疊)</p> <p>黏貼照片後，請不要再於下方勾選</p> <p><input type="checkbox"/> 不貼照片 (勾選不貼照片者，就醫時需攜帶身分證明文件)</p> </div>
出生日期		<input type="checkbox"/> 民前 <input type="checkbox"/> 民國	年	月	日		
申請原因 (請擇一勾選)	申請人應繳交工本費新台幣 200 元(備註 1) <input type="checkbox"/> 身分資料變更 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 更換照片 <input type="checkbox"/> 遺失						
	申請人免繳交工本費 (備註 2) <input type="checkbox"/> 首次領卡 (請先辦妥加保手續) <input type="checkbox"/> 其他原因 _____ (應繳回原卡)						
聯絡電話		電話:		行動電話:			
IC 卡郵寄地址		郵遞區號		(請填寫白天有人收件地址，員工眷屬以投保單位為通訊地址時，請務必轉知投保單位收件人，以免退件。)			
申請單號	黏貼申請單號條碼	健保局 受理人	收件 (款)章	申請人簽章			

- 備註：1. 申請人如因身分資料變更(如變更姓名)、毀損、更換照片、遺失等原因申請換發健保 IC 卡者，應繳納工本費 200 元，請填寫本申請表第一、二、三聯後，親自、委託投保單位或他人，至郵局櫃台、行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組或聯絡辦公室繳交本表及工本費(請勿郵寄現金)。
2. 首次領卡(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)或其他原因(卡片及晶片無刮傷或折損，但無法使用)申請健保 IC 卡者，免繳納工本費，僅需填寫本申請表第一聯，可以用掛號郵寄、委託投保單位、他人或親自至行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組或聯絡辦公室繳交本表，郵局櫃台不受理本表。
3. 申請人親洽行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組、聯絡辦公室現場或郵局申辦時，請攜帶身分證明文件正本，以備查驗；由代理人代為辦理時，應同時出示申請人及代理人之身分證明文件正本，以備查驗。
4. 代辦案件請同時將本人及代理人身分證明文件正、反面影本黏貼於本表背面。

收款單位存根聯 (第二聯)			請領健保 IC 卡收執聯(第三聯)		
姓名			姓名		
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)			(以下免填)		
電話			身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)		
工本費新台幣 200 元		收款單位章戳	金額		
印證欄			印證欄		
			收款單位章戳		

未收到新卡前，本聯請妥為保存

正面填寫的姓名、身分證號、出生日期務必與所貼證明文件影本相符

請貼牢申請人
身分證證明文件正面影本

請以膠水黏貼身分證證明文件影本

請貼牢申請人
身分證證明文件背面影本

請以膠水黏貼身分證證明文件影本

請貼牢代辦人
身分證證明文件正面影本

請以膠水黏貼身分證證明文件影本

請貼牢代辦人
身分證證明文件正面影本

請以膠水黏貼身分證證明文件影本

※請檢附國民身分證(14歲以下未領國民身分證者,得以戶口名簿代之)、中華民國護照、
汽、機車駕駛執照及符合健保法施行細則第16條第2項規定之居留證明文件影本

如有疑問,請洽免付費電話 0800-030-598

行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組

地址電話一覽表

臺北業務組 02-21912006

現場申請 臺北市 10041 公園路 15 之 1 號 5 樓

郵寄地址 100 台北郵政第 30 之 200 號信箱

北區業務組 03-4339111

桃園縣中壢市 32049 中山東路 3 段 525 號

中區業務組 04-22583988

台中市西屯區 40709 市政北一路 66 號

南區業務組 06-2245678

台南市中西區 70006 公園路 96 號

高屏業務組 07-3233123

高雄市三民區 80706 九如二路 157 號

東區業務組 03-8332111

花蓮市 97042 軒轅路 36 號