

表號：承表 D E G H

勞工保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)	0	5	0	0	0	0	0	0	A
全民健保投保單位代號	1	2	6	8	6	8	6	8	6
單位統一編號或 非營利扣繳編號：34654884									

勞工保險加保申報表

全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表

〈※勞工退休金提繳申報表〉

勞保局、健保局 收件章	健保局 分區業務組	○○ 業務組
		民國 98 年 12 月 1 日 申報
		民國 98 年 12 月份第 1 號表

申報加保者 (打√)	被保險人				相關眷屬				投保單位填寫		健保局核定 生效日期
	姓名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)	雇 主 自 願 參 加 √ (詳見說明六)	姓名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日 (民前出生者請 加註「-」)	稱謂代號 (詳見說明十一)	合於健保投保條件	原因	
√	○○○	A1000100100	○年○月○日	√					到職	98.12.1	
√			年 月 日		○○○	C1000000000	○年○月○日	3	眷屬	98.12.1	
√	○○○	B2000000000	○年○月○日						到職	98.12.1	
			年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								

以上資料請依國民身分證所載資料以正楷填寫

投保單位名稱：○○股份有限公司

地址：○○市○○區○○路○○號

電話：○○○-○○○

負責人 印章

經辦人 印章

例

- 投保單位應於員工到職當日申報加保，其保險效力自本表送交或郵寄之當日零時起加保生效。(其餘辦理加保手續請參閱背面說明)
- 本表請填寫一式2份一併寄送健保局(臺北業務組轄區則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並詳填單位名稱、地址、電話。(惟如整份表僅申參加健保或僅申報參加勞保，請參閱背面說明二)。首次參加健保者(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)，請同時填「請領健保IC卡申請表」，申請健保IC卡。

勞保局、健保局填用			
受理號碼			
人數	名	勞保加保 健保受理日期：	
受理人員	資料 鍵入	資料 校對	

- ※ 一、適用勞動基準法單位之本國籍勞工，本表並為勞工退休金提繳申報表，勞保局將以本表投遞日期依貴單位勞工退休金雇主提繳率及所填投保薪資、金額計收勞工退休金。
- 二、有下列情形之一者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理勞工退休金提繳手續：
- 勞工退休金開始提繳日期與本表投遞日期不同者。
 - 不適用勞動基準法之單位申報本國籍勞工提繳者。
 - 勞工月提繳工資高於健保投保金額(月提繳工資需計入加班費，上限為150,000元)。
 - 勞工個人自願提繳勞工退休金者。
- 三、表列人員如屬委任經理人、不適用勞動基準法之本國籍工作者，且不參加勞工退休金提繳者，務請註明。但如其自願提繳者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理，實際從事勞動之雇主，亦同。

請貼足郵資
掛號郵寄

填表說明：

- 一、本表供勞工保險投保單位於所屬勞工到職、入會、到訓當日向勞保局申報加保之用及全民健康保險第一類第二目至第五目被保險人及政府機關、公私立學校參加勞工保險人員、第二類被保險人、第三類第二目被保險人及其眷屬向健保局申報投保時填用，由投保單位填寫一式2份一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保局（臺北業務組轄區請寄勞保局），並影印1份留存備查。
 - 二、由於勞保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬參加健保資料，或只是健保被保險人投保者，請填用健保專用投保申報表逕寄健保局，如只是勞保被保險人加保者，請填用勞保專用加保表逕寄勞保局。
 - 三、勞工保險投保單位應於勞工到職、入會、到訓當日申報加保，其勞工保險效力自本表送交之當日零時（郵寄以原寄郵局郵戳為憑）起加保生效，但投保單位非於勞工到職、入會、到訓之當日申報加保者，其保險效力自申報之翌日起算。
 - 四、已領取勞工保險老年給付，或年逾60歲以往未曾參加勞工保險但已領取公教人員保險養老給付或軍人保險退伍給付之退休人員，再受僱工作自願參加職業災害保險者，請填用職業災害保險加保申報表逕寄送勞保局辦理。
 - 五、同時申報被保險人及相關眷屬加保、投保時，請分別填寫相關資料於兩列；被保險人已加保，僅申報眷屬單獨投保全民健康保險，亦需填寫被保險人資料。
 - 六、因雇主非屬勞工保險條例強制投保對象，故投保單位同時申報雇主參加勞工保險請在「雇主自願加勞保」欄打勾。
 - 七、「表號」為全民健康保險專用欄位，請依下列說明勾選其中一項（請打✓）：
D 第一類第二目至第五目及政府機關、公私立學校參加勞保人員及其眷屬的投保單位、E 專門職業及技術人員自行執業者之被保險人及其眷屬的投保單位、G 第二類被保險人及其眷屬的投保單位、H 第三類（農保除外）被保險人及其眷屬的投保單位。
 - 八、全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
 - 九、全民健康保險被保險人之薪資較勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」申報。
 - 十、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資。
 - 十一、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：
- | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|----|----|-----|-----|------|------|------|-------|
| 代號 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 稱謂 | 配偶 | 父母 | 子女 | 祖父母 | 孫子女 | 外祖父母 | 外孫子女 | 曾祖父母 | 外曾祖父母 |
| 跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書 | | | | | | | | | |
- 十二、「合於健保投保條件」及「原因」欄請詳列，如喪失被保險人身份、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人等。
 - 十三、年滿20歲2親等內直系血親卑親屬，合於健保投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：
- | | | |
|----|--|---|
| 符號 | 原 | 因 |
| 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36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1年內且無職業或服兵役退伍自退伍起1年內且無職業 | |
- 十四、合於健保投保條件原因為健保開辦前出國者請於「原因」欄內填寫代號：R。
 - 十五、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
 - 十六、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，否則如有遺失，無從查考。

寄件人

4 0 2 — 4 1

單位地址：○○市○○區○○路○○號

單位名稱：○○股份有限公司

電話：○○○○-○○○○

勞工保險證號：05000000A

健保投保單位代號：126868686

收件人（郵件單位及地址請依貴單位所在地打✓）

10013 勞工保險局

地址：台北市羅斯福路1段4號

投保單位所在地：臺北市、臺北縣、基隆市、宜蘭縣、金馬地區

32005 行政院衛生署中央健康保險局北區業務組

地址：桃園縣中壢市中山東路3段525號

投保單位所在地：桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣

40709 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組

地址：臺中市西屯區市政北一路66號

投保單位所在地：臺中市、臺中縣、南投縣、彰化縣

70006 行政院衛生署中央健康保險局南區業務組

地址：臺南市公園路96號

投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、臺南縣

80759 行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組

地址：高雄市三民區九如二路157號

投保單位所在地：高雄市、高雄縣、屏東縣、澎湖縣

97042 行政院衛生署中央健康保險局東區業務組

地址：花蓮市軒轅路36號

投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線