

## 高雄市立中芸國民中學投保全民健康保險申請表

被保險人\_\_\_\_\_為其眷屬：\_\_\_\_\_人，因\_\_\_\_\_（原因）

申請  加入  轉出 以本局為投保單位參加全民健康保險，其資料填寫如下：

	姓名	身分證字號	出生日期	稱謂	加入/轉出日期
被保險人					
眷屬					

申請人（被保險人）簽名：

聯絡電話、手機：

年 月 日