

會員及眷屬健保加保申請書

☐會員本人暨眷屬加保(請打√)

申請日期： 年 月 日

會員姓名		身分證字號		出生年月日	
------	--	-------	--	-------	--

眷屬加保 (請附戶口名簿或身分證影本)

☐僅眷屬加保(請打√)

眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日	

切結書

原在其他單位加入健保，今向 貴工會申請眷屬健保加保，爾後有關健保任何權益糾紛，由被保險人負全部責任，特此聲明。

此致 桃園市保險服務職業工會

申請人： 身分證字號：

聯絡電話： 地址：

會員編號：

桃園市保險服務職業工會
桃園市桃園區樹林四街171號
TEL：(03)3618806 FAX：(03)3642458

工會信箱：ti.pu8806@msa.hinet.net