

台中市機踏車修理業職業工會會員眷屬加(復)保、補中斷聲明書

會員證號：_____姓名：_____身分證號：_____生日：_____

眷屬姓名：_____身分證號：_____生日：_____

眷屬姓名：_____身分證號：_____生日：_____

眷屬姓名：_____身分證號：_____生日：_____

加

復保：__年__月__日， 補中斷：自__年__月__日起至__年__月__日；

※原因：新生兒、依附被保險人、退伍、畢業一年內、滿 20 歲在學中、其它()

加、復保或補中斷日期請確認無誤，事後若有相關責任問題由被保險人自行承擔。

聲明人簽章：_____



聯絡電話：_____

代辦人簽章：_____



聯絡電話：_____

中 華 民 國 _____年____月____日

工會系統已 key 轉入證 健保單一申報 手寫表寄出 健保中斷表格寄出 滿 20 歲 (學生證、退伍令、畢業證書)

季繳改單及重 RUN B2