行政院衛生署中央健康保險局籌備處辦理
勞工保險被保險人眷屬參加全民健康保險承保資料調查表（異動資料填報用）

保險證或約定書：　　字第　　號

投保單位名稱：大台南木工業職業工會

投保單位連繫電話：06-6565658～9

單位圖記

會員資料	姓名	身分證統一編號										出生年月日	會員簽章

眷屬資料	眷屬稱謂									姓名	身分證統一編號或居留證號碼										民國前打✓	出生日期			備註			
	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													年	月	日	增（請打✓）	減（請打✓）	日期	原因

填表日期：　　年　　月　　日

請注意：全民健保正式實施前，眷屬因出生、結婚、死亡、離婚、就業、法定收養關係之成立或終止、年滿 20 歲等關係，身分改變或眷屬曾減時，須填報眷屬異動資料調查表，請逕洽投保單位索取「異動資料填報用調查表」填報，並於備註欄填寫上列增減原因。