

# 請領健保 IC 卡申請表

※本表請勿影印使用

第一聯

申請日期： 年 月 日

姓 名	所填姓名、身分證號、出生日期務必與身分證明文件相符				請於下方區域 <b>正中央</b> 黏貼二年內 <b>二吋</b> 正面、脫帽半身彩色(或黑白)未戴有色鏡片眼鏡照片 <b>乙張</b>			
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)								<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">照片 黏貼處</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">(相片請勿摺疊)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">黏貼照片後，請不要 再於下方勾選</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>不貼照片 (勾選不貼照片者，就醫時需攜帶身分證明文件)</p>
出生日期	<input type="checkbox"/> 民前 <input type="checkbox"/> 民國 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> 年 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> 月 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> 日							
申請原因 (請擇一勾選)	<p><b>申請人應繳交工本費新台幣 200 元(備註 1)</b></p> <p><input type="checkbox"/>身分資料變更                      <input type="checkbox"/>毀損</p> <p><input type="checkbox"/>更換照片                                <input type="checkbox"/>遺失</p> <p><b>申請人免繳交工本費 (備註 2)</b></p> <p><input type="checkbox"/>首次領卡 (請先辦妥加保手續)</p> <p><input type="checkbox"/>其他原因 _____ (應繳回原卡)</p>							
聯絡電話	(日)		(夜)					
IC 卡 郵寄地址	郵遞區號	(請填寫白天有人收件地址)						
申請單號	黏貼申請單號條碼		健保局 受理人	收 件 (款)章		申請人簽章		

- 備註:1.申請人如因身分資料變更(如變更姓名)、毀損(如卡片斷裂)、更換照片、遺失等原因申請換發健保 IC 卡者，應繳納**工本費 200 元**，請填寫本申請表第一、二、三聯後，親自、委託投保單位或他人，**至郵局櫃台**、行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組(以下稱各分區業務組)及聯絡辦公室繳交本表及工本費。
- 2.**首次領卡**(如新生嬰兒、新外聘外籍勞工)或其他原因(卡片及晶片無刮傷及折損，但無法使用)申請健保 IC 卡者，**免繳納工本費**，僅需填寫本申請表第一聯，**可以用掛號郵寄**、委託投保單位、他人或親自至各分區業務組、聯絡辦公室繳交本表，**郵局櫃台不受理本表**。
- 3.申請人親洽各分區業務組、聯絡辦公室或**郵局**現場申辦時，請攜帶身分證明文件**正本**；由代理人代為現場辦理時，應同時出示申請人及代理人之身分證明文件**正本**，以備查驗。
- 4.請將身分證明文件正、反面影本黏貼於本表背面。

收款單位存根聯 (第二聯)				請領健保 IC 卡收執聯(第三聯)			
姓 名				姓 名			
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)				(以下免填)			
電 話				身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)			
工本費新台幣 200 元				金 額			
印證欄				印證欄			
				收款單位章戳			

正面填寫的姓名、身分證號、出生日期務必與所貼證明文件影本相符。

<p>請貼牢 身分證證明文件正面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證證明文件影本</p>	<p>請貼牢 身分證證明文件背面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證證明文件影本</p>
---------------------------------------------------	---------------------------------------------------

※請檢附國民身分證(14歲以下未領國民身分證者，得以戶口名簿代之)、中華民國護照、汽、機車駕駛執照及符合健保法施行細則第16條第2項規定之居留證明文件影本

如有疑問，請洽免付費電話 0800-030-598

行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組地址電話一覽表

臺北業務組 02-21912006

現場申請：臺北市10041公園路15之1號5樓

郵寄地址：100台北郵政第30之200號信箱

北區業務組 03-4339111

桃園縣中壢市32049中山東路3段525號

中區業務組 04-22583988

台中市西屯區40709市政北一路66號

南區業務組 06-2245678

台南市中區70006公園路96號

高屏業務組 07-3233123

高雄市三民區80706九如二路157號

東區業務組 03-8332111

花蓮市97042軒轅路36號