

請領健保卡申請表

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				請於下方區域正中央黏貼二年內二吋正面、脫帽半身彩色(或黑白)未戴有色鏡片眼鏡照片二張		
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)						照片 黏貼處 (相片請勿摺疊) 黏貼照片後，請不要再於下方勾選		
出生日期		<input type="checkbox"/> 民前 <input type="checkbox"/> 民國		年				月
申請原因 (請擇一勾選)	申請人應繳交工本費新台幣 200 元(備註 1) <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 更換照片 <input type="checkbox"/> 身分資料變更 (請於下欄填寫舊身分證號、居留證號、姓名或出生日期)							
	申請人免繳交工本費 (備註 2) <input type="checkbox"/> 首次領卡 (請先辦妥加保手續) <input type="checkbox"/> 其他原因 _____ (應繳回原卡)							
聯絡電話		(日)	(手機)				(勾選不貼照片者，就醫時需攜帶身分證明文件)	
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	申請者簽章				

※未貼照片且未勾選不貼照片者，視同不貼照片

- 備註:1.申請人如因遺失、毀損(如卡片折損)、更換照片、身分資料變更(如變更姓名或身分證號)等原因申請換發健保卡者，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、保險人所屬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(係保險對象取得健保投保資格，未曾申領健保卡者，如新生嬰兒、新聘外籍勞工等)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、他人或親自至保險人所屬各分區業務組、聯絡辦公室繳交本表，郵局櫃台不受理本表。
- 3.申請人親洽保險人所屬各分區業務組、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		收款單位章戳		金額			
印證欄				印證欄			
				收款單位章戳			

及申請健保卡期間，十四天內可憑本收執聯身分證明文件，健保身分就醫。

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 身分證明文件正面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證明文件影本</p>	<p>請貼牢 身分證明文件背面影本</p> <p>請以膠水黏貼身分證明文件影本</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8條第1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32005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

台南市中西區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97049軒轅路36號