

請領健保IC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 黏貼二個月內 二吋 正面、脫帽半身彩色(或黑白)未戴有色鏡片眼鏡照片 乙張	
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)						照片 黏貼處	
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"/> 身分資料變更 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 更換照片 <input type="checkbox"/> 遺失					(相片請勿摺疊)	
	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)		(夜)		<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)	
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**、中央健康保險局各分局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、他人或親自至中央健康保險局各分局及聯絡辦公室繳交本表，**郵局櫃台不受理本表**。

3.申請人親洽中央健康保險局各分局、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。

請貼牢
身分證明文件正面影本

請以膠水黏貼身分證明文件影本

請貼牢
身分證明文件背面影本

請以膠水黏貼身分證明文件影本

※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

中央健康保險局各分局地址電話一覽表

台北分局 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

北區分局 03-4339111

桃園縣中壢市32049中山東路3段525號

中區分局 04-22583988

台中市西屯區40709市政北一路66號

南區分局 06-2245678

台南市中區70006公園路96號

高屏分局 07-3233123

高雄市三民區80706九如二路157號

東區分局03-8332111

花蓮市97042軒轅路36號