全民健康保險被保險人育嬰留職停薪在原投保單位繼續投保及異動申報表

（本表專供第一類投保單位填用）

表號：承表 W

收 件 章	分區業務組			業務組				
	民國		年		月		日	申報
	民國		年		月份第		號表	

投保單位代號	1	1	0	0	2	7	9	9	9

壹、被保險人基本資料

國民身分證統一編號 （填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別男-M、女-F）	姓 名	出生日期		
		年	月	日

戶籍地址	郵遞區號	縣市 鄉鎮市區 村里鄰 路街 段 巷 弄 號 樓 室
通訊地址	郵遞區號	□ 同戶籍地址 縣市 鄉鎮市區 村里鄰 路街 段 巷 弄 號 樓 室
聯 絡 電 話		（日） （夜）
被保險人簽章：		（蓋章）

貳、留職停薪期間及繼續投保生效日

投保單位填寫						健保局填寫					
育嬰留職停薪期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

參、留職停薪期間異動

投保單位填寫						健保局填寫					
項目別（打 v） □提前復職（僅填迄日） □展延期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

肆、投保單位資料

投保單位名稱：

通 訊 地 址：

電 話：

負 責 人： （印章） 經辦人 （印章）

單位圖記或印信

健保局填用	受理	資料鍵錄	資料校對
	歸檔批頁號		