

表號：承表 D E G H

勞工保險證號 (8位數字+1位英文檢查碼)																				
全民健保投保單位代號																				
單位統一編號或 非營利扣繳編號	:																			

勞工保險加保申報表

全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表

〈※勞工退休金提繳申報表〉

勞保局、健保署 收件印章	健保署 分區業務組	業務組
		民國 年 月 日申報
		民國 年 月份第 號表

申報 加保者 (打√)	被 保 險 人					相 關 眷 屬					投保單位填寫		健保署核定 生效日期	
	本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	雇 主 自 願 參 加 保 險 (詳見說明五)	勞 保 月 投 保 保 費 全 民 健 保 金 額 (元) (詳見說明八、九、十)	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	稱謂 代號 (詳見說明十一)	合於健保投保條件		
					年 月 日					年 月 日		原 因	日 期	
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				

以上資料請依國民身分證所載資料以正楷填寫

投保單位名稱：
地址：
電話：

負責人

印章

經辦人

印章

單位印章



填表範例

勞保局、健保署填用

受 理 號 碼			
人 數	名	勞保加保 健保受理日期	
受 理 人 員	資 料 鍵 錄	資 料 校 對	

1. 投保單位應於員工到職當日申報加保，其保險效力自本表送交或郵寄之當日零時起加保生效。(其餘辦理加保手續請參閱背面說明)
2. 本表請填寫一式2份一併寄送健保署(臺北業務組轄區則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並詳填單位名稱、地址、電話。(惟如整份表僅申報參加健保或僅申報參加勞保，請參閱背面說明二)。首次參加健保者(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)，請同時填「請領健保卡申請表」，申請健保卡。

※ 一、適用勞動基準法單位之勞工(含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶)，本表並為勞工退休金提繳申報表，勞保局將以本表投遞日期依貴單位勞工退休金雇主提繳率及所填投保薪資、金額計收勞工退休金。

二、有下列情形之一者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理勞工退休金提繳手續：

- (一)勞工退休金開始提繳日期與本表投遞日期不同。
- (二)新到職個別勞工之雇主提繳率不同者。
- (三)勞工個人自願另行提繳勞工退休金。
- (四)特定工作者適用勞動基準法之單位(如公務機構、公立單位及公、私立學校)申報勞工提繳勞工退休金。

三、表列人員如屬不適用勞動基準法之勞工或受委任工作者(含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶)，務請於表上註明身分。如雇主自願為其提繳或其欲個人自願提繳者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理。實際從事勞動之雇主個人自願提繳者，亦同。

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線

填表說明：

- 一、本表供勞工保險投保單位於所屬勞工到職、入會、到訓當日向勞保局申報加保之用及全民健康保險第一類第二目至第五目被保險人及政府機關、公私立學校參加勞工保險人員、第二類被保險人、第三類第二目被保險人及其眷屬向健保署申報投保時填用，由投保單位填寫一式2份一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保署(臺北業務組轄區請寄勞保局)，並影印1份留存備查。
- 二、由於勞保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬參加健保資料，或只是健保被保險人投保者，請填用健保專用投保申報表逕寄健保署，如只是勞保被保險人加保者，請填用勞保專用加保表逕寄勞保局。
- 三、勞工保險投保單位應於勞工到職、入會、到訓當日申報加保，其勞工保險效力自本表送交之當日零時(郵寄以原寄郵局郵戳為憑)起加保生效，但投保單位非於勞工到職、入會、到訓之當日申報加保者，其保險效力自申報之翌日起算。
- 四、同時申報被保險人及相關眷屬加保、投保時，請分別填寫相關資料於兩列；被保險人已加保，僅申報眷屬單獨投保全民健康保險，亦需填寫被保險人資料。
- 五、因雇主非屬勞工保險條例強制投保對象，故投保單位同時申報雇主參加勞工保險請在「雇主自願加勞保」欄打勾。
- 六、「表號」為全民健康保險專用欄位，請依下列說明勾選其中一項(請打√)：D 第一類第二目至第五目及政府機關、公私立學校參加勞保人員及其眷屬的投保單位、E 專門職業及技術人員自行執業者之被保險人及其眷屬的投保單位、G 第二類被保險人及其眷屬的投保單位、H 第三類(農保除外)被保險人及其眷屬的投保單位。
- 七、全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
- 八、部分工時勞工薪資報酬未達基本工資者，可按月薪資總額填報，並請於加保申報表上註明「部分工時」字樣，勞保局會依「勞工保險投保薪資分級表」之規定自動歸級正確之投保薪資。又全民健康保險無部分工時投保薪資等級，仍請按「全民健康保險投保金額分級表」申報。
- 九、全民健康保險被保險人之薪資較勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」申報。
- 十、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資及勞工退休金之月提繳工資。
- 十一、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p
稱謂	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	受監護人
跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。										

- 十二、「合於健保投保條件」及「原因」欄請詳列，如喪失被保險人身份、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人等。
- 十三、年滿20歲2親等內直系血親卑親屬，合於健保投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：

符號	原	因
S	在學就讀且無職業	
P	受監護宣告尚未撤銷	
A	殘障而不能自謀生活	
H	罹患符合本法所稱重大傷病且無職業	
G	應屆畢業自當學年度終了之日起1年內且無職業或服兵役退伍自退伍起1年內且無職業	

- 十四、合於健保投保條件原因為健保開辦前出國者請於「原因」欄內填寫代號：R。
- 十五、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。
- 十六、本表請以掛號郵寄(請將掛號執據貼於存底聯保存)或派人專送，否則如有遺失，無從查考。

寄件人

□□□□—□□□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

勞工保險證號：

健保投保單位代號：

請貼足郵資
掛號郵寄

收件人(郵寄單位及地址請依貴單位所在地打√)

10013 勞動部勞工保險局

地址：臺北市中正區羅斯福路1段4號
投保單位所在地：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區

32005 衛生福利部中央健康保險署北區業務組

地址：桃園市中壢區中山東路3段525號
投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣

40709 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

地址：臺中市西屯區市政北一路66號
投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣

70006 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

地址：臺南市中西區公園路96號
投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市

80147 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

地址：高雄市前金區中正四路259號
投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣

97049 衛生福利部中央健康保險署東區業務組

地址：花蓮市軒轅路36號
投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣

請勿使用訂書針封口，黏貼勿超過此裁切線