

新北市病患家事服務職業工會 會員或眷屬勞健保退保轉出申請書

申請日期： 年 月 日				轉出日期： 年 月 日			
會員證號		姓名		身分證字號		出生日期	年 月 日
眷屬姓名			身分證字號			出生日期	年 月 日
眷屬姓名			身分證字號			出生日期	年 月 日
退保轉出原因： ☐ 轉換單位 ☐ 轉換投保人 ☐ 退休 ☐ 死亡							
申 請 別： ☐ 勞保退保 ☐ 本人健保轉出 ☐ 眷屬健保轉出							
申請人簽章：				代理人簽章：			
備註：申請（代理）人申請勞、健保退轉出或眷保轉出，經本會向勞健保局申請退保或轉出當日起其保險效力即停止							
理事長					經辦人		

本會電話：2996-6735

傳真電話 2276-8482