

高雄市地政業務從業人員職業工會參加全民健康保險眷屬確認調查表

會員編號	會員姓名	眷屬姓名	身分證字號	出生日期	加保日期

被保險人：

簽章

電 話：

※註：一、被保險人之配偶目前無工作

二、被保險人之無工作的直系血親尊親屬，包括父母、祖父母、外祖父母、曾祖父母、外曾祖父母等。

三、被保險人二等親內直系血親、卑親屬未滿 20 歲且無業，或年滿二十歲無謀生能力，或仍在學就讀且無職業者，包括子女、孫子女、外孫子女等。

四、同一眷屬不得重複投保。

中 華 民 國 年 月 日