

# 農業部同仁暨眷屬全民健康保險加保申請表

填表日期： 年 月 日

投保者 (請勾選)	姓名	身分證字號	出生年月日	眷屬關係 (配偶、父母、子女、祖父母、 孫子女、外祖父母、外孫子女等)	健保加入日期
<input checked="" type="checkbox"/> 【範例】 本人	林○○	○○○	○○○.○○.○○	本人免填	
<input checked="" type="checkbox"/> 【範例】 眷屬	林○○	○○○	○○○.○○.○○	子女	114.○○.○○
<input type="checkbox"/> 本人					
<input type="checkbox"/> 眷屬					
<input type="checkbox"/> 眷屬					
<input type="checkbox"/> 眷屬					
<input type="checkbox"/> 眷屬					
<input type="checkbox"/> 眷屬					
<input type="checkbox"/> 眷屬					

備註：1. 本表各欄位均為必填項目，請覈實填寫完整資料。表格如不敷使用，請自行延伸。  
2. 如同仁為眷屬加保者，同仁本人資料請一併提供。