

# 請領健保卡申請表 NHI Card Application Form

第一聯

申請日期 Application Date : 年(Y) 月(M) 日(D)

姓名 Name		所填姓名、身分證號、出生日期務必與身分證明文件相符				請於下方區域正中央黏貼二年內二吋正面、脫帽半身彩色(或黑白)未戴有色鏡片眼鏡照片二張 2 inches, half-length front colored (or black and white) photo(no hat or tinted lenses)	
身分證統一編號 (ARC No.) (或非本國籍人士統一證號)		<input type="checkbox"/> 民前 <input checked="" type="checkbox"/> 民國 (Before/ Year of ROC calendar)				照片 黏貼處 Paste Photo (相片請勿摺疊) 黏貼照片後，請不要再於下方勾選	
出生日期 Birthday		年 月 日 Year Month Date					
申請原因 (請擇一勾選) Reason for Application		申請人應繳交工本費新台幣 200 元(備註 1) 200 NTD charged for: <input type="checkbox"/> 遺失 lost <input type="checkbox"/> 毀損 damaged <input type="checkbox"/> 更換照片 photo replacement <input type="checkbox"/> 身分資料變更 Identity information alteration (please write down your old ID number, ARC number, name or birthday in the field below) 申請人免繳交工本費 (備註 2) No charge for first-time application <input type="checkbox"/> 首次領卡 (請先辦妥加保手續) First-time application <input type="checkbox"/> 其他原因 (應繳回原卡) Other reason (the original card should be returned)				<input type="checkbox"/> 不貼照片 No photo (Applicant selecting 'No photo' should bring their ID document when going for treatment)	
聯絡電話 Contact Number		(日 Daytime) (手機 Cell phone)					
健保卡郵寄地址 Mail Address		郵遞區號 Zip Code (請填寫白天有人收件地址)					
申請單號 Application Number		黏貼申請單號條碼		健保署 受理人 Health Insurance Agency Assignee		收件 (款)章 Received Stamp	
						申請者簽章 Signature	

※未貼照片且未勾選不貼照片者，視同不貼照片

備註:1. 申請人如因遺失、毀損(如卡片折損)、更換照片、身分資料變更(如變更姓名或身分證號)等原因申請換發健保卡者，應繳納工本費 200 元，請填寫本申請表第一、二、三聯後，親自、委託投保單位或他人，至郵局櫃台、保險人所屬各分區業務組及聯絡辦公室繳交本表及工本費。

Applicants who apply for reasons of identity information alteration, photo replacement, having lost or damaged their NHI cards, will be charged NTD 200. Please fill out all the forms and submit them with the fees to post office or district office by insured unit or in person.

2. 首次領卡(係保險對象取得健保投保資格，未曾申領健保卡者，如新生嬰兒、新聘外籍勞工等)或其他原因(卡片及晶片無刮傷及折損，但無法使用)申請健保卡者，免繳納工本費，僅需填寫本申請表第一聯，可以用掛號郵寄、委託投保單位、他人或親自至保險人所屬各分區業務組、聯絡辦公室繳交本表，郵局櫃台不受理本表。

There is no charge for first-time application. You can submit this form either by registered mail, insured unit or in person to the district office; submission to post office will not be accepted.

3. 申請人親洽保險人所屬各分區業務組、聯絡辦公室或郵局現場申辦時，請攜帶身分證明文件正本；由代理人代為現場辦理時，應同時出示申請人及代理人之身分證明文件正本，以備查驗。

Applicants who submit the application in person, please bring your original ID document; submission done by agents should show both the original ID document of applicant and the agents.

4. 請將身分證明文件正、反面影本黏貼於本表背面。

Please attach the front and back copy of your ID document (ARC) at the back of the form (page 2).

收款單位存根聯 (第二聯)		請領健保卡收執聯(第三聯)	
姓名 Name		姓名 Name	
身分證統一編號 ARC Number		(以下免填)	
電話 Cell phone		身分證統一編號 ARC Number	
工本費新台幣 200 元 Fee of NTD 200	收款單位章戳 Received Stamp	金額 Amount	
印證欄 Confirmation Column		印證欄 Confirmation Column	
102.06 版		收款單位章戳 Received Stamp	

申請健保卡期間，十四天內可憑本收執聯及身分證證明文件以健保身分就醫。

正面填寫的姓名、身分證號、出生日期務必與所貼證明文件影本相符。

The name, ID number, and birthday filled in at the front page must in accordance with the photocopy of the document.

<p>請貼牢</p> <p>身分證證明文件正面影本</p> <p>Please firmly paste the front copy of your ID document.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">請以膠水黏貼身分證證明文件影本</div>	<p>請貼牢</p> <p>身分證證明文件背面影本</p> <p>Please firmly paste the back copy of your ID document.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">請以膠水黏貼身分證證明文件影本</div>
---	--

※親洽本署各地健保業務組或聯絡辦公室申辦者，請持身分證證明文件正本於現場查驗，影本可免貼。

※請檢附國民身分證(14歲以下未領國民身分證者，得以戶口名簿代之)、中華民國護照、汽、機車駕駛執照及符合健保法施行細則第8條規定之居留證明文件影本

Please attach the photocopy of your residence proof document.

如有疑問，請洽免付費電話 0800-030-598