**文藻外語大學全民健康保險眷屬加退保申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 員工姓名 |  | 職編 |  |
| 身分證字號 |  | 申請日期 |  |
| 眷屬姓名 | 關係 | 身分證字號 | 生日 | 加保/退保 | 生效日期 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申請人簽名: |
| ※親筆簽名後，掃瞄成pdf檔並email ps1002@mail.wzu.edu.tw辦理。 |