

附件

特國民身分證加保者適用										
縣(市) 鄉(鎮、市、區) 實際從事漁業工作者參加全民健康保險申請表								表號：		
姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期		民國 年 月 日		配偶姓名		
國民身分證統一編號		戶籍地址								
電話：() -		通訊處								
本人確實每年實際從事漁業工作九十天以上				本人確實符合左列各款情形						
本人確實無漁業以外專任職業				切結人簽名：						
戶籍遷入日期：民國 年 月 日				檢附之證明資料(正本驗畢發還，影本留存漁會)				審 查 結 果		
年齡(以申報日計算)：實歲 歲				<input type="checkbox"/> 含現住人口詳細記事之戶口名簿						
資 格 別	<input type="checkbox"/> 遠洋漁民		<input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本							
	<input type="checkbox"/> 近海漁民		<input type="checkbox"/> 漁船船員手冊							
	<input type="checkbox"/> 沿岸漁民		<input type="checkbox"/> 養殖漁業登記證明文件							
	<input type="checkbox"/> 淺海養殖漁民		<input type="checkbox"/> 漁業勞動所得證明文件							
	<input type="checkbox"/> 魚塭養殖漁民		<input type="checkbox"/> 魚貨交易資料及村里長證明文件							
	<input type="checkbox"/> 湖泊河沼漁民		<input type="checkbox"/> 其他							
加 保 眷 屬	姓名		與 被 保 險 人 關 係							
	合 計		人							
(國民身分證正反面影本黏貼處)										
<p>以上所填資料均屬事實，如有不實願負一切法律責任(如偽造文書、詐欺取財或使公務人員登載不實等)，嗣後從事漁業工作資格條件如有異動或喪失、戶籍及保險事項如有變動應主動通知漁會。同意漁會於本人在漁會參加健保期間取得本人個人資料，並瞭解其目的在於實際從事漁業工作資格認定及審(清)查，同意依個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人個人資料。</p> <p style="text-align: center;">申請人 簽章 (法定代理人) 簽章</p>										
審 查 委 員 核 章								審 查 時 間		主 席 核 章
合格	不合格(理由)	理事長	常務監事	總幹事	會務部	推廣部	魚市場	信用部	其他	
備註：										
				承辦人：		承辦日期： 年 月 日				
下聯交申請人留存										
<p>茲收到_____君參加全民健康保險申請表一件</p> <p style="text-align: center;">此據</p> <p style="text-align: center;">_____區漁會 收件章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>										

縣(市) 鄉(鎮、市、區) 實際從事漁業工作者參加全民健康保險申請表										持居留證明文件加保者適用		
										表號：		
申請人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居留證明文件 統一證號	國籍(原居留地)	出生日期		民國 年 月 日		居留期限		民國 年 月 日		
				居留地址(在臺地址)		市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓		連絡電話		()		
通訊處		<input type="checkbox"/> 同居留地址(在臺地址)		市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓		行動電話						
申請人配偶資料	配偶姓名		配偶國民身分證統一編號		配偶戶籍遷入漁會組織區域日期		民國 年 月 日					
	配偶戶籍地址		市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓		連絡電話		()					
	配偶通訊處		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址		市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓		行動電話					
本人確實每年實際從事漁業工作九十天以上				本人確實符合左列各款情形								
本人確實無漁業以外專任職業				切結人簽名：								
戶籍遷入日期：民國 年 月 日				檢附之證明資料(正本驗畢發還，影本留存漁會)				審查結果				
年齡(以申報日計算)：實歲 歲				<input type="checkbox"/> 含現住人口詳細記事之戶口名簿								
資格別	<input type="checkbox"/> 遠洋漁民		<input type="checkbox"/> 居留證明文件正反面影本									
	<input type="checkbox"/> 近海漁民		<input type="checkbox"/> 漁船船員手冊									
	<input type="checkbox"/> 沿岸漁民		<input type="checkbox"/> 養殖漁業登記證明文件									
	<input type="checkbox"/> 淺海養殖漁民		<input type="checkbox"/> 漁業勞動所得證明文件									
	<input type="checkbox"/> 魚塭養殖漁民		<input type="checkbox"/> 魚貨交易資料及村里長證明文件									
	<input type="checkbox"/> 湖泊河沼漁民		<input type="checkbox"/> 在臺居留滿六個月									
		<input type="checkbox"/> 其他										
加眷保屬	姓名		與被保險人關係		(居留證明文件正反面影本黏貼處)							
	合計		人									
以上所填資料均屬事實，如有不實願負一切法律責任(如偽造文書、詐欺取財或使公務人員登載不實等)，嗣後從事漁業工作資格條件如有異動或喪失、戶籍及保險事項如有變動應主動通知漁會。同意漁會於本人在漁會參加健保期間取得本人個人資料，並瞭解其目的在於從事漁業工作資格認定及審(清)查，同意依個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人個人資料。												
				申請人 簽章				(法定代理人) 簽章				
審查委員會核章										審查時間		主席核章
合格	不合格(理由)	理事長	常務監事	總幹事	會務部	推廣部	魚市場	信用部	其他			
備註： 承辦人： 承辦日期： 年 月 日												
下聯交申請人留存												
茲收到 君參加全民健康保險申請表一件 此據 區漁會 收件章 年 月 日												

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網 (<http://gazette.nat.gov.tw/>)。