

# 無法隨親等最近之被保險人投保聲明書

一、\_\_\_\_\_（身分證號：\_\_\_\_\_）  
（姓名）

為聲明人之\_\_\_\_\_，依全民健康保險法之規定，  
（請註明親屬關係）

原應依附\_\_\_\_\_（身分證號：\_\_\_\_\_）加保，  
（姓名）（不知悉者可免填）

茲因\_\_\_\_\_

（註明何種原因無法依附）

未能依附加保；目前確實由聲明人扶養，同意其以眷屬身分依附  
聲明人投保，並由聲明人負擔其全民健康保險費，特此聲明。

二、以上聲明若有不實，聲明人願負一切法律責任。

此致

中央健康保險局 分局

聲 明 人：（簽章）

身分證號：

住 址：

聯絡電話：

證 明 人：（簽章）

身分證號：

住 址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日