

# 新北市不動產服務職業工會 函

機關地址：24757新北市蘆洲區正和街11巷2號1樓  
電話號碼：2283-4226(代表號)  
傳 真：2283-4225  
承 辦 人：張郁汶

受文者：專門職業及技術人員自行執業之會員

發文日期：中華民國102年09月12日  
發文字號：新北市動工字第102024號  
速 別：普通件  
密等及解密條件：普通  
附件：

主旨：配合健保署清查名冊辦理專技人員健保自102年1月1日轉出  
說明：(一)依照101年10月30日修正之全民健康保險法施行細則第  
66條規定，自102年1月1日起具有專門職業及技術人員  
且自行執業者，健保不得於職業工會加保，若仍符合本  
業自營作業者勞保可繼續於工會投保。  
(二)本會將於102年9月27日主動辦理專技人員健保自102年  
1月1日追溯轉出，已繳納之1-9月健保費用，可提供本  
人帳號辦理退款，或告知工會將退費抵扣後續勞保及會  
費等保費。  
(三)因相關商業公會並無代辦健保業務，僅得以個人或事務  
所名義自行成立投保單位，隨函檢附應備文件及相關表  
單，為了保障您的健保卡使用權益，請盡速向健保局辦  
理，若有成立單位內容之疑問，請洽詢健保署投保單位  
成立課2100-6141邱小姐。

# 全民健康保險投保單位成立 及負責人舉證申報或調降投保金額應備文件簡明表

※投保單位成立共同應備文件為：

1. 投保單位**成立申報表**(A表)
2. 保險對象**投保申報表**(D表)
3. 負責人或雇主之國民**身分證**正、反面影本或居留證影本

單位類別	新成立投保單位其它應備文件	負責人投保金額舉證文件
1、公司組織(有限公司、股份有限公司等)	※公司登記證明文件影本 (主管機關核准設立之公函影本及設立登記表影本) ※已變更負責人者請另檢附設立登記表及變更登記表影本	※負責人最近年度之「 <b>綜合所得稅結算申報書</b> 」 (結算申報書未影印留底者，請向所屬國稅局稽徵所申請申報書影本及扣繳憑單；或申請列有細項資料之個人綜合所得稅繳納稅額證明書。)
2、行號、工廠(獨資及合夥)	※商業登記證明文件影本、工廠登記證影本 (未有商業登記證明文件者，得以其他稅籍資料影本辦理。) ※已變更負責人者請另檢附主管機關核准變更之公文影本	※最近年度之「 <b>營利事業所得稅結算申報書</b> 」(損益表及稅額計算表)影本；如為合夥者，另附合夥契約影本。 ※採查定課徵之小規模營利事業，應附國稅局稽徵所每三個月開立一次之最近一期之「 <b>營業稅查定課徵核定稅額繳款書</b> 」影本。
3、 <b>專門職業及技術人員自行執業者</b>	※考試院核發之及格證書或開業執照影本 ※國稅局核發之扣繳單位設立登記申請書(統一編號編配通知書)影本(無則免附) ※參加所屬公會會員證書影本(若無須加入公會始可執業規定者免附)	※最近年度之「 <b>綜合所得稅核定通知書</b> 」影本。 (尚未有核定通知書者，得暫以「綜合所得稅結算申報書」或「個人綜合所得資料清單」代替。)
4、外籍監護工(家庭幫傭)	※勞委會核准函影本 ※外籍員工之外僑居留證影本(及聘僱外國人名冊影本)	※非真正負責人，如另具負責人身分應以加保之投保單位性質適用其他項。
5、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業等各業人民團體	※立案證明相關文件、當選證書或主管機關核准文件、登記證明文件 ※國稅局核發之扣繳單位設立登記申請書(統一編號編配通知書)影本	※非真正負責人，如另具負責人身分應以加保之投保單位性質適用其他項。
6、其它	※國稅局核發之扣繳單位設立登記申請書(統一編號編配通知書)影本或目的事業主管機關核准設立(立案)證明文件影本	※同行號、工廠，或專技人員自行執業者。

備註：

1. 具中華民國國籍符合投保資格之負責人應以**第一類被保險人身分**加保，不得在第二類至第四類及第六類之投保單位(工會、漁會、農會、公所)加保，或以眷屬身分加保。
2. 自102年1月1日起，領有居留證明文件之外籍負責人應自在台居留滿6個月起加保，另倘外籍負責人居留事由登載為聘僱，即應以受僱者身分自受僱日起投保。
3. 負責人申報投保金額為最高一級 182,000元者，免附舉證文件。
4. 僱用員工5人(含5人)以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，欲申報之投保金額低於最高一級182,000元者，應附舉證文件，**最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級 43,900元**，及所屬員工申報之最高投保金額。
5. 參加勞工保險之負責人，其健保投保金額不得低於勞保投保薪資、不得低於其適用勞工退休金月提繳工資分級表之月提繳工資及所屬員工申報之最高投保金額。
6. 僱用員工4人(含4人)以下及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師**以外之專門職業及技術人員自行執業者**，其申報投保金額**最低**不得低於本法第8條第1項第1款第2目被保險人之平均投保金額(目前為**34,800元**)及所屬員工申報之最高投保金額；又未僱用有酬人員幫同工作之本款**專技人員**，申報投保金額**最低**不得低於投保金額分級表第六級(目前為**22,800元**)。
7. 設立未滿一年且尚無上述表列之舉證文件者，得由負責人填具調降投保金額聲明書替代。

受理地點：

郵寄地址：台北郵政第30-200號信箱(郵遞區號100)

本業務組電話服務中心：(02)2191-2006

臨櫃服務地址：台北市公園路15-1號5樓(聯合服務中心)

網址：<http://www.nhi.gov.tw/>

台北市中山北路1段7號(投保單位服務中心)

10201



健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保局轄區業務組)	地 址	投保單位所在地
行政院衛生署中央健康保險局 臺北業務組	10439 臺北市中山區中山北路1段7號 <b>郵寄請寄：</b> <b>10099 台北郵政 30-200 號信箱</b>	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
行政院衛生署中央健康保險局 北區業務組	<u>32005</u> 桃園縣中壢市中山東路3段525號	桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣
行政院衛生署中央健康保險局 中區業務組	<u>40709</u> 台中市西屯區市政北一路66號	臺中市、南投縣、彰化縣
行政院衛生署中央健康保險局 南區業務組	<u>70006</u> 台南市公園路96號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
行政院衛生署中央健康保險局 高屏業務組	<u>80759</u> 高雄市九如二路157號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
行政院衛生署中央健康保險局 東區業務組	<u>97042</u> 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

# 全民健康保險保險對象投保申報表

表號：承表 C D E F G H

(本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用)

收件章	分區業務組	業務組
	民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 申報	
	民國 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月份第 <input type="text"/> 號表	

投保單位代號																							
投保者 (打V)		被保險人					相關眷屬					投保單位填寫 合於投保條件 原因(詳見說明七、八)				核定生效日期 (健保局填寫)							
本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)			投保金額 (元) (詳說明四、五)	姓 名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)			稱 謂	代 號			年	月	日						
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加「-」)					原 因	詳見說明七 自行執業										
			年	月	日		年	月	日			日期	1 0 2 年 0 1 月 0 1 日										
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加「-」)					原 因	詳見說明七 年滿二十歲卑親屬加保原因代號 (詳見說明八)										
			年	月	日		年	月	日			日期	年 月 日										
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加「-」)					原 因	詳見說明七 年滿二十歲卑親屬加保原因代號 (詳見說明八)										
			年	月	日		年	月	日			日期	年 月 日										
			出生年月日(民前出生者請加「-」)				出生年月日(民前出生者請加「-」)					原 因	詳見說明七 年滿二十歲卑親屬加保原因代號 (詳見說明八)										
			年	月	日		年	月	日			日期	年 月 日										
投保單位名稱：												<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">                 單位圖記 或 印 信             </div>						健保局填用					
通訊地址：																		受理	資料 鍵錄		資料 校對		
電 話：												<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章) 經 辦 人： <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (印章)						歸 檔 批 頁 號					
負 責 人：																							

- 備註
- 一、首次參加健保者(如新生嬰兒、新聘外籍勞工)，請另填「請領健保卡申請表」，申請健保卡。
  - 二、專技自行執業者：被保險人係會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，請填「3」；其他專技人員請填「4」。
  - 三、填表時，請參閱背面說明。

請貼足  
郵票  
掛號郵寄

填表說明：

- 一、本表供第一類至第三類被保險人及其眷屬辦理投保時填用，請影印1份留存備查。
- 二、被保險人及其眷屬同時投保時，請分別各填一列；投保者是眷屬時，亦需填寫被保險人基本資料。
- 三、全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
- 四、全民健康保險被保險人之薪資高於勞工保險「投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」實際級數申報。
- 五、全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資。
- 六、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母
跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。									

- 七、「合於健保投保條件」之「原因」欄請詳列，如到職、任職、復職、入會、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人、入境及跨親等（眷屬稱謂欄代號4-9者）等。
- 八、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬：如子女、孫子女、外孫子女，以眷屬身分投保時請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「年滿二十歲卑親屬加保原因」欄內：

符號	原因
S	在學就讀且無職業
P	受監護宣告尚未撤銷
A	領有身心障礙手冊且不能自謀生活
H	罹患符合本法第三十六條所稱重大傷病且無職業
G	應屆畢業自當學年度終了之日起一年內且無職業或服役退伍自退伍日起一年內且無職業

- 九、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送。

健保承保專用表格郵寄單位及地址

郵寄單位 (健保局轄區業務組)	地址	投保單位所在地
行政院衛生署中央健康保險局 臺北業務組	10439 臺北市中山區中山北路1段7號 郵寄請寄： 10099 台北郵政30-200號信箱	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
行政院衛生署中央健康保險局 北區業務組	32005 桃園縣中壢市中山東路3段525號	桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣
行政院衛生署中央健康保險局 中區業務組	40709 台中市西屯區市政北一路66號	臺中市、南投縣、彰化縣
行政院衛生署中央健康保險局 南區業務組	70006 台南市中西區公園路96號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
行政院衛生署中央健康保險局 高屏業務組	80759 高雄市九如二路157號	高雄市、屏東縣、澎湖縣
行政院衛生署中央健康保險局 東區業務組	97042 花蓮市軒轅路36號	花蓮縣、臺東縣

□□□-□□

單位地址：

單位名稱：

電話：

投保單位代號：

□□□-□□

行政院衛生署中央健康保險局

業務組啟

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

黏貼裝訂請勿超過此裁切線

轉入表都填好了嗎？建議您按欄位順序再仔細檢查一遍，填寫加保表時，請注意一行僅代表一個人，一筆資料。

☆ 本人加保～～

- 本人欄是否打勾
- 被保險人姓名是否填寫
- 身分證字號是否填寫
- 出生年月日是否填寫
- 投保金額是否填寫
- 合於投保條件原因（如：開業、到職），日期是否填寫

範例：

投保者 (打V)	被保險人				相關眷屬			投保單位填寫 合於投保條件 原因(詳見說明七、八)	
	本人	眷屬	姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	投保金額(元) (詳見說明四、五)	姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	稱謂	代號
V		王中一	A 1 2 6 4 0 0 0 0 0 出生年月日(民前出生者請加「-」) 4 0 年 0 1 月 0 3 日	4 3 9 0 0					原因 詳見說明七 到職 年滿二十歲單親屬 加保原因代號
									日期 1 0 2 0 1 月 0 1 日
V		王中一	A 1 2 6 4 0 0 0 0 0 出生年月日(民前出生者請加「-」) 4 0 年 0 1 月 0 3 日		王愛國	F 1 2 5 3 2 6 6 4 5 出生年月日(民前出生者請加「-」) 6 7 年 1 2 月 0 5 日	子	3	原因 詳見說明七 年滿二十歲單親屬 加保原因代號 (詳見說明八)
									日期 1 0 2 0 1 月 0 1 日

☆ 眷屬加保～～

- 眷屬欄是否打勾
- 被保險人姓名及身分證字號是否填寫
- 眷屬姓名及身分證字號是否填寫
- 眷屬出生年月日是否填寫
- 眷屬稱謂代號是否填寫
- 眷屬合於投保條件原因是否填寫
- 眷屬合於投保條件日期是否填寫

範例：年滿二十歲子女依附加保，請依實際情形註記原因：在學(S)、畢業或退伍未滿一年(G)、殘障(A)

\* 本人及眷屬同時加保時，請務必將資料分別填寫於不同列，以利資料正確鍵入；稱謂代號請參閱投保申報表背面說明欄 6；子女若已滿 20 歲請參閱說明欄 8。

謝謝您的細心配合，我們將儘快處理好您的投保資料。

## 全民健康保險保險費負擔金額表(五)

〔僱主、自營業主、專門職業及技術人員自行執業者適用〕

單位：新台幣元

投保金額等級	月投保金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率100%〕			
		本人	本人+1眷口	本人+2眷口	本人+3眷口
1					
2					
3					
4					
5					
6	22,800	1119	2238	3357	4476
7	24,000	1178	2356	3534	4712
8	25,200	1237	2474	3711	4948
9	26,400	1296	2592	3888	5184
10	27,600	1355	2710	4065	5420
11	28,800	1414	2828	4242	5656
12	30,300	1488	2976	4464	5952
13	31,800	1561	3122	4683	6244
14	33,300	1635	3270	4905	6540
15	34,800	1709	3418	5127	6836
16	36,300	1782	3564	5346	7128
17	38,200	1876	3752	5628	7504
18	40,100	1969	3938	5907	7876
19	42,000	2062	4124	6186	8248
20	43,900	2155	4310	6465	8620
21	45,800	2249	4498	6747	8996
22	48,200	2367	4734	7101	9468
23	50,600	2484	4968	7452	9936
24	53,000	2602	5204	7806	10408
25	55,400	2720	5440	8160	10880
26	57,800	2838	5676	8514	11352
27	60,800	2985	5970	8955	11940
28	63,800	3133	6266	9399	12532
29	66,800	3280	6560	9840	13120
30	69,800	3427	6854	10281	13708
31	72,800	3574	7148	10722	14296
32	76,500	3756	7512	11268	15024
33	80,200	3938	7876	11814	15752
34	83,900	4119	8238	12357	16476
35	87,600	4301	8602	12903	17204
36	92,100	4522	9044	13566	18088
37	96,600	4743	9486	14229	18972
38	101,100	4964	9928	14892	19856
39	105,600	5185	10370	15555	20740
40	110,100	5406	10812	16218	21624
41	115,500	5671	11342	17013	22684
42	120,900	5936	11872	17808	23744
43	126,300	6201	12402	18603	24804
44	131,700	6466	12932	19398	25864
45	137,100	6732	13464	20196	26928
46	142,500	6997	13994	20991	27988
47	147,900	7262	14524	21786	29048
48	150,000	7365	14730	22095	29460
49	156,400	7679	15358	23037	30716
50	162,800	7993	15986	23979	31972
51	169,200	8308	16616	24924	33232
52	175,600	8622	17244	25866	34488
53	182,000	8936	17872	26808	35744

102年1月1日起實施

承保組製表

註:1.自102年1月1日起費率調整為4.91%。

2.僱用被保險人數5人以上之事業單位負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級及其所屬員工申報之最高投保金額。

3.僱用被保險人數未滿5人以上之事業單位負責人、前項以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於本法第十條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。但未僱用有酬人員幫同工作之本款專門職業及技術人員自行執業者，其自行舉證申報之投保金額，最低以投保金額分級表第六級為限。