# 桃園市諮商心理師公會　會員健保**加保**申請表

申請日期：民國__年__月___日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保險人 | | 身份證字號 | |
| 出生年月日 | 民國__年_月_日 | 聯絡電話 | |
| Email | | | |
| 投保級距 | 元（由公會填寫） | 預計加保起始日期 | 民國_年_月__日 |

若有其他眷屬需要一同加保，請協助填寫以下欄位，並協助檢附相關證明文件

| | 眷屬姓名 | 稱謂 | 身分證字號 | 出生年月日 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | □配偶 □父母 □子女 | | 年 月 日 |
| 2 | | □配偶 □父母 □子女 | | 年 月 日 |
| 3 | | □配偶 □父母 □子女 | | 年 月 日 |
| 4 | | □配偶 □父母 □子女 | | 年 月 日 |
| 5 | | □配偶 □父母 □子女 | | 年 月 日 |

申請人親簽：

| 承　辦　人 | 資　料　核　對　清　單 |
|---|---|
| 收件日期：___年__月__日<br>送件日期：___年__月__日<br>承辦人蓋章： | □ 公會健保加保申請表<br>□ 最近一年綜合所得稅結算書影本<br>□ 健保轉出證明（被保險人及眷屬）<br>□ 諮商心理師證書正面影本<br>□ 眷屬關係證明文件（戶籍謄本或身分證擇一） |

- 註 1：投保人限會員及其眷屬，且眷屬投保需全額繳納投保費用。若會員辦理退會時，眷屬須連同辦理轉出。
- 註 2：投保級距說明如右，依照最近一年綜合所得稅申報/結算書中，項目(9A+9B)除以 12 後的金額，選擇最接近但不超過全民健康保險費負擔金額表之級距。EX：108 年度 9A+9B 項目所得為 50 萬元，平均每月 41,666 元，則須投保第 15 級距(42,000 元)。未達最低投保金額 28,800 者，以最低投保金額計算。
- 註 3：公會將於每半年(1/1、7/1)以 email 寄出繳費通知，請於繳費通知寄送之 30 天內將健保費用匯款至公會帳戶。
  - 郵局戶名：桃園市諮商心理師公會 郭晏汝
  - 郵局匯款帳號：**0281094-0215668**

全民健康保險保險費負擔金額表(111.01.01 適用)

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=0C85E6C24101F94D&topn=5FE8C9FEAE863B46