**勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險**

**農民保險、全民健康保險**

**投保單位變更事項申請書**

表 號：承表B  **勞工退休金提繳單位變更事項申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勞、就、職保保險證號  農民保險證號  提繳單位編號 | | |  | | | | | | | | | | | | | 健保署  分區業務組 | | | | | | | | | | | | | 業務組 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 勞保局、健保署收件章 | | | | | | | | | | | | | | |
| 全民健保投保單位代號 | | |  | | | | | | | | | | | | | 民國年月日申報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 單位統一編號或  非營利扣繳編號 | | |  | | | | | | | | | | | | | 民國 年月份第 號表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 查本單位前向貴局、署申請加入勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險、農民及全民健康保險暨提繳勞工退休金，茲因原登記事項已變更，依法填具申請書，檢附有關證件申請變更登記，在變更前如有欠繳保險費、退休金及滯納金情事，變更後之單位及負責人願負連帶清償之責，請查照辦理為荷。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 此致  勞 動 部 勞 工 保 險 局  衛生福利部中央健康保險署    **填表範例**  負責人  印 章  單位  印章 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請人申請單位名稱變更、負責人變更、單位地址變更，請加蓋**變更後**單位及負責人印章，始為有效。 | | | 變更前之單位名稱： | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負責人： | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 變更後之單位名稱： | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負責人： | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 變更項目 | | | 變 更 後 資 料（請 僅 填 寫 變 更 項 目 欄 位） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 投  保  單  位 | 單位名稱 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 單位登記地址 | | 郵遞區號 |  | | 縣市 | |  | | 市區鄉鎮 | | | |  | | | 村里 | |  | | | 鄰 | | | |  | | | | | | 路街 | |  | | | | 段 | | |  | | | 巷 | | |  | | | | 弄 | |  | | | 號 | |  | | 樓 | |  | 室 |
|  |
| 單位通訊地址 | | 郵遞區號 |  | | 縣市 | |  | | 市區鄉鎮 | | | |  | | | 村里 | |  | | | 鄰 | | | |  | | | | | | 路街 | |  | | | | 段 | | |  | | | 巷 | | |  | | | | 弄 | |  | | | 號 | |  | | 樓 | |  | 室 |
|  |
| 單位統一編號或  非營利扣繳編號 | |  | | | | | | | | | | 主要  營業項目 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 單位聯絡電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 傳真機號碼 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 電子郵件信箱  （健保必填） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 負責人  行動電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 負 責 人 | 姓名 | |  | | | | | | | | | | 身分證  統一編號 | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | 出生  年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 地址 | | 郵遞區號 |  | | | 縣市 | |  | | 市區  鄉鎮 | | | |  | | | 村里 | |  | | | 鄰 | | | |  | | | | | | 路街 | |  | | | | 段 | | |  | | | 巷 | | |  | | | | 弄 | |  | | | 號 | |  | | 樓 |  | 室 |
|  |
| 以下欄位由勞保局、健保署受理填用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 報 日 期 | | 民國 年 月 日申報 | | | | | | | | | | 業 別 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生效日： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受 理 號 碼 | |  | | | | | | | | | | 地 區 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受 理 | | 鍵 錄 | | | 校 對 | | | | | | | 複 核 | | | | | | | | | | | | 決 行 | | | | | | | | | | | | | 備註： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

※辦理變更手續請參閱背面說明。

※本表請填寫一式2份(證明文件亦請附2份)，一併寄送健保署(臺北業務組則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人印章，並請自行影印1份留存備查。

111.05

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 辦理投保（提繳）單位名稱、負責人等變更說明： | | | |
| 一、單位名稱及主要營業項目變更：  (一)請填：本申請書2份（請蓋單位印章及負責人印章）。  (二)請檢附相關證明文件影本2份：  1.政府機關、公立學校、公營事業單位應檢附主管機關核定函影本。  2.其他單位：  (1)工廠：工廠登記有關證明文件或設立許可相關證明文件。  (2)礦場：礦場登記證、採礦或探礦執照。  (3)鹽場、農場、牧場、林場、茶場：登記證書或有關認定證明文件。  (4)交通事業：運輸業許可證或有關證明文件。  (5)公用事業：事業執照或有關證明文件。  (6)公司、行號：公司登記證明文件或商業登記證明文件。  (7)私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、漁業、職業訓練機構及各業人民  團體：立案或登記證明書。  (8)其他事業單位：目的事業主管機關核發之執業證照或有關登記、核定或備查證明文件。 | | | |
| 二、單位負責人變更：  (一)請填：本申請書2份 (請蓋單位印章及負責人印章)。  (二)請檢附相關證明文件影本2份：  1.同第一項第（二）點說明。  2.各業人民團體變更負責人時，請加附主管機關核發之當選證書或核備函影本。  3.私立幼兒園變更負責人時，請加附主管機關核備函影本。  4.新負責人身分證正背面影本。 | | | |
| 三、單位登記地址或通訊地址如有變更，請填：本申請書2份(請加蓋單位及負責人印章)。  如申請登記地址變更，請併附主管機關核准變更之證明文件影本2份。 | | | |
| 四、農保投保單位名稱或地址變更，請填具本申請書（請蓋單位印章及負責人印章）並檢附登記證書  影本；理事長變更另檢附理事長當選證明書及國民身分證正背面影本。 | | | |
| 五、附註：  (一)以雇主【如律師、會計師、專利(商標)代理人、保險業經紀人、稅務會計記帳代理人】為投  保(提繳)單位參加保險及提繳退休金，負責人變更時，不適用投保（提繳）單位名稱及負責  人變更之申請，須另行辦理新單位加保及提繳手續。  (二)事業單位於名稱或負責人變更而公司變更核准函尚未核下時，得先檢附變更後之「統一發票  購票證」影本申請變更登記，俟證明文件核發後再行補送。  (三)請按單位所在地以掛號郵寄(請將掛號執據貼於存底聯保存)或派人專送，否則如有遺失，無  從查考。 | | | |
| **郵寄單位及地址** | | **投保單位所在地** | **健保署**  **分區業務組** |
| 勞動部勞工保險局 | ：臺北市中正區羅斯福路1段4號 | 臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區 | 臺北業務組 |
| 衛生福利部中央健康保險署北區業務組 | ：桃園市中壢區中山東路3段525號 | 桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣 | 北區業務組 |
| 衛生福利部中央健康保險署中區業務組 | ：臺中市西屯區市政北一路66號 | 臺中市、南投縣、彰化縣 | 中區業務組 |
| 衛生福利部中央健康保險署南區業務組 | ：臺南市中西區公園路96號 | 雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市 | 南區業務組 |
| 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組 | ：高雄市前金區中正四路259號 | 高雄市、屏東縣、澎湖縣 | 高屏業務組 |
| 衛生福利部中央健康保險署東區業務組 | ：花蓮縣花蓮市軒轅路36號 | 花蓮縣、臺東縣 | 東區業務組 |