

康寧學校財團法人康寧大學護理科

臨床實習教師（職代）暨眷屬健保加退保申請書

申請日期： 年 月 日

申請人資料

單位	職稱	姓名	身分證字號

眷屬資料

類型	姓名	身分證字號	出生日期	關係	加退保日期
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日

說明

1. 請檢附身分證明文件(如:身分證或戶籍謄本影本，足以證明雙方關係之資料)。
2. 原投保單位之健保轉出單。

申請人簽章

護理科實習組長

--	--