

(附件一)

縣(市) 鄉(鎮、市、區) 實際從事漁業工作者參加全民健康保險申請表										表號：		
姓名		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期		民國 年 月 日		配偶姓名		
國民身分證 統一編號		戶籍地址										
電話：() -		通訊處										
戶籍遷入日期：民國 年 月 日				有無參加其他社會保險 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 其他請填列								
年齡(以申報日計算)：實歲 歲				檢附之證明資料(正本驗畢發還，影本留存漁會)						審查結果		
無漁業以外專任職業 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 含現住人口詳細記事之戶口名簿								
資格別		<input type="checkbox"/> 遠洋漁民		<input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本								
		<input type="checkbox"/> 近海漁民		<input type="checkbox"/> 漁船船員手冊								
		<input type="checkbox"/> 沿岸漁民		<input type="checkbox"/> 漁業證照								
		<input type="checkbox"/> 淺海養殖漁民		<input type="checkbox"/> 漁業勞動所得證明文件								
		<input type="checkbox"/> 魚塭養殖漁民		<input type="checkbox"/> 魚貨交易資料及村里長證明文件								
		<input type="checkbox"/> 湖泊河沼漁民		<input type="checkbox"/> 切結書								
				<input type="checkbox"/> 其他								
加眷保屬		姓名		與被保險人關係		(國民身分證正反面影本黏貼處)						
		合計		人								
以上所填資料均為事實，如有不實願負一切法律責任。 申請人 簽章 (法定代理人) 簽章												
審查委員核章										審查時間		主席核章
合格	不合格(理由)	理事長	常務監事	總幹事	會務部	推廣部	魚市場	信用部	其他			
備註： 承辦人： 承辦日期： 年 月 日												
下聯交申請人留存												
茲收到 君參加全民健康保險申請表一件 此據 _____區漁會 年 月 日 收件章												

附件二之二（為十五歲以上之未成年人立切結者）

切結書

○○○○○（國民身分證統一編號：

住址：_____）現在每年實際從事漁業勞動合計達九十日以上，且未從事漁業以外專任職業，若有不實，願負一切法律責任；如另就任專任職業，同意立即通知漁會，特立此切結書為憑。

立切結書人（即○○○○○之法定代理人）：

簽章

與○○○○○○之關係：

國民身分證統一編號：

地址：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日