

實際從事漁業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法第三條附件修正規定

特國民身分證加保者適用												
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								
本人確實每年實際從事漁業工作九十天以上					本人確實符合左列各款情形							
本人確實無漁業以外專任職業					切結人簽名：							
戶籍遷入日期：民國 年 月 日					檢附之證明資料(正本驗畢發還，影本留存漁會)					審 查 結 果		
年齡(以申報日計算)：實歲 歲					<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"/> 養殖漁業登記證明文件								
	<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"/> 其他								
加 保 眷 屬	姓名				與 被 保 險 人 關 係							
	合 計				人							
<p>以上所填資料均屬事實，如有不實願負一切法律責任(如偽造文書、詐欺取財或使公務人員登載不實等)，嗣後從事漁業工作資格條件如有異動或喪失、戶籍及保險事項如有變動應主動通知漁會。同意漁會於本人在漁會參加健保期間取得本人個人資料，並瞭解其目的在於實際從事漁業工作資格認定及審(清)查，同意依個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人個人資料。</p> <p style="text-align: center;">申請人 簽章 (法定代理人) 簽章</p>												
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 收件章												
年 月 日												

持居留證明文件加保者適用											
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：											
申請人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居留證明文件 統一證號	國籍(原居留地)	出生日期			民國 年 月 日				
				居留期限			民國 年 月 日				
居留地址(在臺地址)		市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					連絡電話()				
通訊處		<input type="checkbox"/> 同居留地址(在臺地址) 市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					行動電話				
申請人配偶資料	配偶姓名		配偶國民身分證統一編號		配偶戶籍遷入漁會組織區域日期			民國 年 月 日			
	配偶戶籍地址		市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					聯絡電話()			
	配偶通訊處		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 市 縣(市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					行動電話			
本人確實每年實際從事漁業工作九十天以上				本人確實符合左列各款情形							
本人確實無漁業以外專任職業				切結人簽名：							
戶籍遷入日期：民國 年 月 日				檢附之證明資料(正本驗畢發還，影本留存漁會)			審查結果				
年齡(以申報日計算)：實歲 歲				<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"/> 居留證明文件正反面影本							
	<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"/> 養殖漁業登記證明文件							
	<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"/> 在臺居留滿六個月							
				<input type="checkbox"/> 其他							
加眷保屬	姓名		與被保險人關係		(居留證明文件正反面影本黏貼處)						
	合計		人								
以上所填資料均屬事實，如有不實願負一切法律責任(如偽造文書、詐欺取財或使公務人員登載不實等)，嗣後從事漁業工作資格條件如有異動或喪失、戶籍及保險事項如有變動應主動通知漁會。同意漁會於本人在漁會參加健保期間取得本人個人資料，並瞭解其目的在於從事漁業工作資格認定及審(清)查，同意依個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人個人資料。											
申請人 簽章 (法定代理人) 簽章											
審查委員會核章											
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	審查時間	主席核章
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 收件章 年 月 日											

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網 (<http://gazette.nat.gov.tw/>)。