

全民健康保險保險費緩繳申請書 (投保單位)

本單位因受嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19, 簡稱武漢肺炎)之疫情影響, 無法按期繳納保險費, 茲向貴署_____業務組申請 109 年 2 月份至 109 年 7 月份保險費緩繳 6 個月。

此致

衛生福利部中央健康保險署

投保單位代號:

投保單位名稱:

負責人:

地址:

電話(手機):

(市話):

電子郵件信箱:

單位印章

負責人印章

申請人身分證號及姓名:

申請人聯絡電話:(手機) (市話)

中華民國 年 月 日

註:

1. 申請期間: 自 109 年 4 月 1 日起至 109 年 9 月 30 日止。
2. 受理對象(符合下列條件之一者):
 - (1) 經向各縣(市)政府勞工行政主管機關通報減班休息之投保(提繳)單位。
 - (2) 符合「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」第 9 條第 3 項之規定, 由各中央目的事業主管機關認定受影響之產業或事業。
3. 受疫情影響之投保單位無法按期繳納保險費, 可申請辦理緩繳保險費 6 個月, 緩繳期間不加徵滯納金。

例: 109 年 2 月份保險費繳款期限為 109 年 3 月 31 日, 緩繳後繳款期限為 109 年 9 月 30 日(得寬限至 109 年 10 月 15 日前繳納), 以此類推。

4. 若為約定轉帳扣繳單位, 本署於每月 9 日(含)前核定符合緩繳資格者, 核定緩繳「當月」起即不再由轉帳帳戶扣繳, 改由按月寄發有條碼之繳款單, 請持繳款單於緩繳期限前自行繳納, 以免衍生滯納金。本署核定緩繳日為每月 10 日(含)至月底者, 需等到「次月」起才不再由轉帳帳戶扣繳。

健保署 承辦人		健保署 複核	
------------	--	-----------	--

