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：

單位印章

負責人印章

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。