

金門縣政府補助自費健康檢查申請表

113.1 版

受檢人簽章		出生日期	年 月 日	身分證字號	
戶籍地址	金門縣				
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地				
受檢醫院(診所)名稱				電話	
				(家用):	
			(手機):		
受檢日期	年 月 日		申請日期 (由本局填寫)		
健康檢查費實際支付金額	新臺幣	元整。			
健康檢查費核准補助金額	新臺幣	元整。			
匯款戶名(受檢人姓名)			郵局局號或銀行帳號	銀行或郵局代碼:	
			帳號:		
高階健康檢查項目	<input type="checkbox"/> 1. 超音波(限腹部、乳房、攝護腺、 血管、心臟)。 <input type="checkbox"/> 2. 胃鏡。 <input type="checkbox"/> 3. 大腸鏡檢查。 <input type="checkbox"/> 4. 電腦斷層檢查。 <input type="checkbox"/> 5. 放射線骨質疏鬆檢查(DEXA, 限女性≥45歲、男性≥65歲)。 <input type="checkbox"/> 6. 核磁共振。 <input type="checkbox"/> 7. 正子掃描。				
個人資料蒐集處理及利用同意書 本人同意將下列個人資料(包括姓名、生日、性別、電話、戶籍、本次補助之自費健康檢查檢驗等資料),提供予金門縣衛生局(下稱貴局),並由貴局將資料提供衛生所、健保署、國健署。本人提供之資料僅供貴局辦理健康檢查補助、衛生所辦理追蹤管理服務,及健保署載入其建置之健康存摺,並供本人下載使用,且同意將BC型肝炎篩檢資料供貴局上傳至國健署「健康促進品質管理考核資訊整合」平台。本人已瞭解就提供之個人資料依法得申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。 此致金門縣衛生局、金門縣各鄉鎮衛生所、衛生福利部中央健康保險署及衛生福利國民健康署					
立同意書人簽名:				立同意書日期: 年 月 日	
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 健康檢查費用收據正本(健康檢查字樣)。 <input type="checkbox"/> 2. 健康檢查報告影本。 <input type="checkbox"/> 3. 當事人郵局或銀行存簿封面影本(註:款匯入土地銀行或中華郵政存簿免收手續費,匯其他行庫收取跨行轉帳手續費15元)。 <input type="checkbox"/> 4. 身分證影本正反面影本。 <input type="checkbox"/> 5. 個人遷徙紀錄證明書(身分證正面之發證日期未滿三年者)。 <input type="checkbox"/> 6. 申請人為低收入戶或中低收入戶者,須另檢附鄉鎮公所核發之低收入戶或中低收入戶證明影本。				
備註	1. 補助對象為設籍本縣滿三年且年滿三十歲以上者,每二年補助乙次。受檢日起六個月內提出申請。 2. 健康檢查項目,應有一般檢查項目(抽血)及高階項目,含一項者補助2,500元、含兩項者補助3,500元、含三項者補助5,000元,單項高階項目收費額度逾該年齡層最高補助金額者(需有明確之單項收費金額),不在此限。高階項目:(1)超音波(限腹部、乳房、攝護腺、 血管、心臟 ,超音波類僅算一項)(2)上消化道內視鏡(胃鏡)檢查(3)大腸鏡檢查(4)電腦斷層檢查(5)放射線骨質疏鬆檢查(檢附影像報告或報告上需有DEXA(DXA)字樣,補助限女性45歲以上、男性65歲以上)(6)核磁共振檢查(MRI)(7)正子掃描檢查。 3. 健康檢查補助費用為實支醫療收據檢查費用88%,另12%為個人部分負擔。30歲至39歲健康檢查費用補助,最高新臺幣3,500元。40歲以上健康檢查費用補助,最高新臺幣5,000元。 4. 郵寄收件地:891金門縣金湖鎮新市里復興路1-12號 健促科健檢收。 5. 服務專線 082-338863 轉 703、720 6. 108年度起已於金門醫院受理過軍人年度體檢之現役軍人,不可申請本補助款。				

身分證正面黏貼處

身分證上須寫有以下字樣：此影本
限健康檢查專用，不得轉為其他用途

身分證反面黏貼處

身分證上須寫有以下字樣：此影本
限健康檢查專用，不得轉為其他用途

受檢者個人收據正本黏貼處

收據上有「與正本相符」或「補發」、「補印」、「重印」等字樣請於收據上註明理由並簽名

請填寫受檢人身分證字號：

受 檢 者 個 人 存 摺 影 本 黏 貼 處