

健保欠費申請書

轉介單位：		轉介者：		轉介日期：	
個案基本資料	姓名		身分證字號		生日 民國 年 月 日
	性別		聯絡地址		
	電話		行動電話		
目前狀況	家庭背景及經濟狀況：(家系圖、主要經濟來源、負債、目前或曾經領有的補助情形等)				
申請條件	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 其它經濟弱勢：_____				
檢附文件	☐ 本申請書。 ☐ 須設籍本縣並檢附全戶戶籍謄本或戶口名簿。 以下擇一項勾選： ☐ 低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定) ☐ 中低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定) ☐ 其他經濟弱勢：中低收入老人證明、領有身心障礙者生活補助證明、清寒證明正本或符合本縣遊民收容輔導辦法者。 ☐ 健保繳款單及欠費明細表。 ☐ 健保欠費補助申請清冊一式二份(需請民眾簽章)				
因無力繳納健保費或積欠健保費者，申請健保欠費共_____元整。					
申請人簽名：		填表人：		單位主管：	
以下由衛生局審查					
審查結果	☐ 同意補助，總計金額：_____元。 ☐ 不同意，原因：_____				
承辦人員：			科室主管：		

備註：

1. 每位個案每年補助最高金額共 30,000 元整(含就醫費用及健保欠費)。
2. 填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。
3. 當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。
4. 申請辦理弱勢族群就醫補助請洽金門縣衛生局醫事科，聯絡電話：(082)330697 轉 123