附件三　　109年　月　金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙申請清冊(健保欠費)

案號	轉介單位	申請日	姓名	身分證字號	身份別	健保欠費補助	簽章欄	備註
總計：								

承辦人:　　科室主管:　　會計:　　局長: