金門縣政府補助自費健康檢查申請表

109.2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	□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	□1.超音波(限腹部、乳房、攝護腺)。 □2.胃鏡。□3.大腸鏡檢查。□4.電腦斷層檢查。 □5.放射線骨質疏鬆檢查(DEXA，限女性≧45歲、男性≧65歲)。□6.核磁共振。□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	□1.健康檢查費用收據正本(健康檢查字樣)。 □2.健康檢查報告影本。 □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 30 元)。 □4.身分證影本正反面影本。 □5.個人戶籍謄本且**記事**不可省略(身分證正面之發證日期未滿三年者)。 □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，每兩年補助乙次。受檢日起六個月內提出申請。 2.健康檢查項目，除一般檢查項目(抽血)外，**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，**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.健康檢查補助費用受上述檢查項目之限制，三十歲至三十九歲健康檢查費用補助，最高新臺幣三千五百元。四十歲(含)以上健康檢查費用補助，最高新臺幣五千元。 4.郵寄收件地:891 金門縣金湖鎮復興路 1-12 號　保健科健檢收。 5.服務專線 082-330697 轉 703、726 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