

金門縣政府補助自費健康檢查申請表

107.6.25

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)及衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署),並由貴局將資料提供健保署。本人提供之資料僅供貴局辦理健康檢查補助,及健保署載入其建置之健康存摺,並供本人下載使用。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。 此致金門縣衛生局及衛生福利部中央健康保險署					
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:款匯入台灣銀行、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. 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,按實支金額補助之,最高新臺幣三千五百元。但低收入戶或中低收入戶者,每人補助最高新臺幣四千元。四十歲(含)以上健康檢查費用補助,按實支金額補助之,最高新臺幣五千元。但低收入戶或中低收入戶者,每人補助最高新臺幣八千元。有體檢相關問題請電洽 082-330697 轉 705、703				