附件二

金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

健保欠費申請書

<table>
<tr><td colspan="8">轉介單位：　　轉介者：　　轉介日期：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">個案基本資料</td><td>姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>生日</td><td colspan="2">民國　年　月　日</td></tr>
<tr><td>性別</td><td></td><td>聯絡地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="2"></td><td>行動電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>目前狀況</td><td colspan="7">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)</td></tr>
<tr><td>申請條件</td><td colspan="7">□低收入戶　　□中低收入戶
□其它經濟弱勢：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(領有中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助、清寒證明或符合本縣遊民收容輔導辦法者等)</td></tr>
<tr><td>檢附文件</td><td colspan="7">□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)</td></tr>
<tr><td colspan="8">因無力繳納健保費或積欠健保費者，申請健保欠費共＿＿＿＿＿元整。</td></tr>
<tr><td colspan="3">申請人簽名：</td><td colspan="2">填表人：</td><td colspan="3">單位主管：</td></tr>
<tr><td colspan="8">以下由衛生局審查</td></tr>
<tr><td>審查結果</td><td colspan="7">□同意補助，總計金額：　　元。
□不同意，原因：</td></tr>
<tr><td colspan="4">承辦人員：</td><td colspan="4">科室主管：</td></tr>
</table>

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 111