

金門縣衛生局辦理成人預防保健服務 B、C 型肝炎擴大篩檢獎勵計畫揪團報名表

團主姓名：_____ 團主聯絡電話：_____

身分證字號：_____ 篩檢院所：_____ (請篩檢醫事機構確認無誤後蓋章)

團別類型：社區 職場 社團 健康鄰里 健康自組團 其他_____

編號	團員姓名及個資同意簽章	身分證字號	聯絡電話	戶籍鄉鎮	完成篩檢日期
範例	○○○	X100***999	09XX-123456	金湖鎮	___年___月___日
001					___年___月___日
002					___年___月___日
003					___年___月___日
004					___年___月___日
005					___年___月___日
006					___年___月___日
007					___年___月___日
008					___年___月___日
009					___年___月___日
010					___年___月___日

填表注意事項：

1. 設籍於本縣之團主主動揪團(社區、職場、社團、健康鄰里、健康自組團等)號召設籍於本縣並且符合 B、C 型肝炎篩檢服務者(每團以 10 人成團)實際前往本縣成人預防保健之健保特約醫事機構完成 B、C 型肝炎篩檢服務後；負責揪團之團主即可獲得「健康好幫手團主獎項商品卡 500 元」(揪團每團 10 人為 1 團，數量有限，以全體團員篩檢日較早完成者為優先，送完為止)。
2. 參加者之個人資料需同意主辦單位蒐集、處理、利用或刪除；若參加者不提供或提供錯誤之個人資料，主辦單位將取消參加者之得獎資格。
3. 團主需先填寫先填寫本報名表後向金門縣衛生局報名(florapppp@gmail.com)，經審核後於期限內帶領團員攜帶健保卡前往本縣成人預防保健之健保特約醫事機構完成 B、C 型肝炎篩檢服務後，請檢查之醫事機構確認後於報名表上核章後，於 1 個月內送本局申領「健康好幫手團主獎項商品卡」，請親自領取或委託他人代領，恕不郵寄，逾期未領取獎品者，主辦單位則取消其得獎資格，不得異議。

4. 依所得稅法規定，機會中獎之獎項價值若超過NT\$1,000，所得將列入個人年度綜合所得稅申報，若獎品價值總額超過NT\$20,000，必須代扣10%中獎獎金稅額。

衛生福利部國民健康署、金門縣衛生局 關心您的健康 經費由菸品健康福利捐支應·廣告