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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介單位： 轉介者： 轉介日期： | | | | | | | | | | |
| **個案基本資料** | 姓名 |  | 身分證字號 | |  | | | 生日 | | 民國 年 月 日 |
| 性別 |  | 聯絡地址 | |  | | | | | |
| 電話 |  | | | 行動電話 | |  | | | |
| **目前狀況** | 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) | | | | | | | | | |
| **申請條件** | □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) | | | | | | | | | |
| **檢附文件** | □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) | | | | | | | | | |
| **因無力繳納健保費或積欠健保費者，申請健保欠費共 元整。** | | | | | | | | | | |
| 申請人簽名： | | | | 填表人： | | | | | 單位主管： | |
| 以下由衛生局審查 | | | | | | | | | | |
| **審查結果** | □同意補助，總計金額： 元。  □不同意，原因： | | | | | | | | | |
| 承辦人員： | | | | | | 科室主管： | | | | |

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123