全民健康保險重大傷病證明申請書

<table>
<tr><td>申請人
姓　名</td><td colspan="2"></td><td>男　：□
女　：□</td><td>出生
日期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>身分證
明文件
號　碼</td><td colspan="2"></td><td>受理申
請日期</td><td colspan="2">（申請人勿填）</td><td>受理
編號</td><td>（申請人勿填）</td></tr>
<tr><td>聯　絡
地　址</td><td colspan="5">電子郵件信箱：</td><td>聯 絡
電 話</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請人
或代理
人簽名
或蓋章</td><td colspan="3">簽名：</td><td colspan="3">申請書開立日期：</td><td colspan="2">新申請：　□</td></tr>
<tr><td colspan="6">身分證明文件號碼：</td><td colspan="2">換　發：　□</td></tr>
<tr><td colspan="6">申請人與
代理人關係：</td><td colspan="2">申　復：　□</td></tr>
<tr><td rowspan="2">健
保
局
審
核
意
見
欄</td><td colspan="6">1. □同意發給重大傷病證明。
2. □不符申請條件，不同意。
　　理由：

3. □資料寫不全，請補正。

4. □
組室專用章：　　日期戳章：</td><td colspan="2">審 查 醫 師</td></tr>
<tr><td colspan="2">承辦人：</td><td colspan="2">複核：</td><td colspan="2">科長：</td><td colspan="2">決行：</td></tr>
<tr><td>注　意
事　項</td><td colspan="8">1. 本申請書得以現場或郵寄方式向健保局分區業務組提出申請。
2. 本申請書經審查核准後，相關資料同時登錄健保 IC 卡。
3. 身分證明文件號碼係指「國民身分證統一編號〈居留證號碼〉」
4. 申請時請檢附申請人〔本人〕身分證明文件影本供留存，若委由代理人申請時，併請出示代理人之身分證明文件供查驗。</td></tr>
</table>

1020101 修正