

澎湖縣六歲以下幼童參加全民健康保險保險費自付額補助申請表

104.7 修正

(申請前請參閱表後申請說明，並以正楷中文書寫)

申請日期：104年07月10日

兒童戶籍地址	澎湖縣馬公市	西文里永壽街81號
戶內有2名以上兒童，若分別設籍於不同之鄉(鎮、市、區)，請分別填寫申請表，分開送件		

一、申請人(兒童父母雙方、監護人或實際照顧者)基本資料

姓名		通訊方式	地址	
國民身分證統一編號 (居留證編號)				
父	甄英雄	(日) 9272370	戶籍地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上表兒童戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填於下：
	X 1 2 0 3 * * * * *		現居地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上表兒童戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填於下：
母	甄美麗	(夜) 9264330 (手機)	戶籍地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上表兒童戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填於下：
	X 2 2 0 3 * * * * *		現居地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上表兒童戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填於下：
受補助兒童	姓名	出生日期	地址	
	國民身分證統一編號	年 月 日		
甄可愛	甄可愛	104/07/01	現居地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上表兒童戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填於下：
	X 2 2 3 3 * * * * *		現居地	<input type="checkbox"/> 同上表兒童戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他，請詳填於下：
申請類別		<input type="checkbox"/> 新生兒 <input type="checkbox"/> 補助對象之父母或監護人如有特殊情形(如失蹤、服刑、家暴或其他變故、未婚生子之婦女..等) <input type="checkbox"/> 申請保險費核退		
補助對象或父母或監護人一方郵局帳號		戶名：甄美麗 局號：0241-006 帳號：129****		

二、申請人須檢附相關文件

應備文件	<input checked="" type="checkbox"/> 申請表 <input checked="" type="checkbox"/> 保險費自負額繳費證明正本 <input checked="" type="checkbox"/> 補助對象及父、母或監護人之含記事之戶籍資料(有效之新式戶口名簿影本或最近三個月內電子戶籍謄本等) <input checked="" type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(補助對象或父母或監護人一方)
申請本項補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項津貼外，願負一切法律責任。	
(父) 甄英雄 (簽名或蓋章) (母) 甄美麗 (簽名或蓋章)	
委託(授權)代申請(若由他人代送者，應簽署本欄，若掛號郵寄或親送者免填) 委託人(即申請人)茲已瞭解並將本補助事宜委託(授權)受委託人：_____ (簽名或蓋章) (國民身分證統一編號：_____)代辦，如有糾紛致影響申請人權益，概由委託人自行負責。	
縣市政府複核意見 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定	
承辦人： 科長： 副處長： 處長： 縣長：	

澎湖縣六歲以下幼童或罹癌民眾

健保費自付額繳費證明

茲證明本投保單位員工及其眷屬（姓名、金額詳如下表），已由本投保單位依法按月扣繳全民健康保險費。倘提供資料如有虛報不實，經查明者，願負相關法律責任，特立此證明為證。

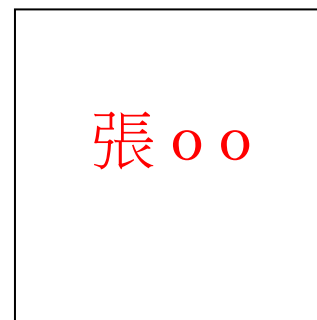
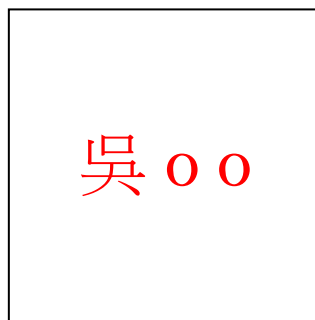
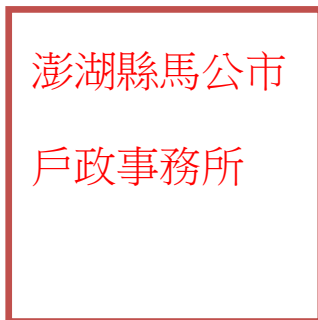
此致 澎湖縣政府社會處

稱謂	姓名	身份證字號	月投保金額	已扣繳之月份金額		合計
				月份		
員工本人	甄英雄	X1203*****	22,800	自付額		
眷屬	甄可愛	X2233*****	22,800	自付額		

投保單位章：

負責人章：

承辦人員章：



填表日期： 103 年 1 月 10 日