

屏東縣中低收入老人參加全民健康保險無力負擔保險費用補助申請表

填表日期： 年 月 日

申請人		出生年月日		身分證字號	
戶籍地址			聯絡電話		
申請人應備證件	<input type="checkbox"/> 1. 同意授權承辦人查詢戶籍與身份別資料 <input type="checkbox"/> 2. 有醫療需求之證明 <input type="checkbox"/> 3. 無力負擔健保證明文件 <input type="checkbox"/> 4. 其他證明 <p style="text-align: right;">申請人簽章：</p>				
鄉（鎮、市）公所審核意見	<input type="checkbox"/> 符合補助規定： <input type="checkbox"/> 1. 設籍屏東縣且年滿 65 歲未滿 70 歲老人 <input type="checkbox"/> 2. 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 3. 有無力負擔健保且有醫療需求之事實 <input type="checkbox"/> 4. 全民健康保險第 6 類第 2 目之被保險人 <input type="checkbox"/> 5. 同意補助 年 月至 月共計新台幣 萬 仟 佰 元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定。 承辦人： 課長： 秘書： 鄉（鎮、市）長：				