

澎湖縣政府辦理發放罹患癌症及罕見疾病民眾慰問金暨健康保險費補助申請書

申請人姓名	身分證字號	出生年月日
戶籍住址	連絡電話	
通訊地址		
補助項目	<input type="checkbox"/> 慰問金 <input type="checkbox"/> 舊案：(證明有效期限：_____~_____) <input type="checkbox"/> 新案 <input type="checkbox"/> 全民健康保險費補助(同意由中央健康保險局於健保費中扣減)	
應附文件	<input type="checkbox"/> 1. 三個月內之個人戶籍謄本正本。 <input type="checkbox"/> 2. 罹癌或罹患罕病證明(健保局開立重大傷病核定審核通知書正本)。 <input type="checkbox"/> 3. 申請人之金融帳戶封面影本。 <input type="checkbox"/> 4. 全民健康保險自付額繳費證明正本。 備註： 一、申請慰問金(舊案僅需填列本申請書即可)及同意健保費扣減者，需檢附上項 1-3 項文件，已自行繳費辦理保費核退者，需檢附 1-4 項文件。 二、健保核退申請需於收據繳費期限屆滿之日起三個月內為之，逾期不予受理。 三、若二項以上補助同時申請，相同證明文件僅需附上乙份。 四、同意中央健康保險局代扣保費者，健保補助費用將由本府統一繳納，補助資料將會由中央健康保險局轉送各申請人之投保單位。	
檢附之相關證明文件均屬實，倘有涉及偽造、變造或隱瞞等不法情事，概由申請人賠償並承擔法律責任絕無異議。		受理單位收訖章：
申請人：_____(簽章) 日期：____年____月____日		(收件日期務必登錄)
縣政府複核意見	<input type="checkbox"/> 符合。 <input type="checkbox"/> 慰問金補助新臺幣貳萬元。 <input type="checkbox"/> 核退健保費新臺幣____仟____佰____拾____元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定(<input type="checkbox"/> 慰問金 <input type="checkbox"/> 健保費補助)。 原因： 承辦員：____科長：____單位主管：____	