



附表二 全民健康保險重大傷病證明申請書

申請人姓名				男： <input type="checkbox"/>	出生		
				女： <input type="checkbox"/>	日期	年	月
						日	
身分證字號				受理申請日期	(申請人勿填)	受理編號	(申請人勿填)
聯絡地址	電子郵件信箱：				聯絡電話	(手機)	(市話)
申請人或代理人簽名或蓋章	簽名：			申請書開立日期：			新申請： <input type="checkbox"/>
	身分證字號：						換發： <input type="checkbox"/>
	申請人與代理人關係：						申復： <input type="checkbox"/>
健保署審核意見欄	1. <input type="checkbox"/> 同意發給重大傷病證明。 2. <input type="checkbox"/> 不符申請條件，不同意。 理由： 3. <input type="checkbox"/> 資料不全，請補正。 4. <input type="checkbox"/> 其他：						審查醫師
	組室專用章：			日期戳章：			
	承辦人：		複核：		科長：		決行：
注意事項	1. 本申請書得以現場或郵寄方式向健保署分區業務組提出申請。 2. 本申請書經審查核准後，相關資料同時登錄全民健康保險憑證(健保卡)。 3. 申請時請檢附申請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。						