

# 全民健康保險

## 第六類保險對象投保(轉入)申請表

承表一

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人(  只辦理眷屬投保、轉入時，請同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名、身分別及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓名	出生年月日				身分別 榮民 <input type="checkbox"/> 榮民遺眷 <input type="checkbox"/> 地區人口 <input type="checkbox"/>	合於投保條件原因 (原因詳說明三)	合於投保日期		
		民前	年	月	日			年	月	日
戶籍地址	郵遞區號	縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段	巷	弄	號	樓
通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址								
聯絡電話	(宅)	(行動)								

### 貳、眷屬

國民身分證統一編號 (或填寫居留證號碼)	姓名	出生年月日				稱謂	代號	合於投保條件原因 (原因詳說明四、五)	合於投保日期		
		民前	年	月	日				年	月	日

參、被保險人簽章：

受託人簽章：

(蓋章)

被保險人不能親自辦理原因

肆、法定代理人：【未滿20歲切結加保之被保險人，請加填法定代理人及附上法定代理人證明文件】

姓名	身分證號	住址	電話	與被保險人關係

### 伍、填表說明：

- 一、被保險人或其眷屬合於投保條件時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、眷屬稱謂及代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	P
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母	其他榮民遺眷	受監護人

跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。

- 三、被保險人合於投保條件的原因請詳列，如：具有榮民身分且無職業、設籍滿六個月、轉換投保單位等。
- 四、眷屬合於投保條件的原因請詳列，如：喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、設籍滿六個月、收養等。
- 五、年滿二十歲二親等內直系血親卑親屬，合於投保條件僅限下列原因，請依下列代號填寫：

代號	S	P	A	H	G
原因	在學就讀且無職業	受監護宣告尚未撤銷	領有身心障礙手冊且不能自謀生活	符合本法第四十八條所稱重大傷病且不能自謀生活。	應屆畢業學生且無職業自學年終了之日起一年內者或服役兵役、替代役退伍(役)，且無職業自退伍一年內者。

六、新生兒(或外籍、大陸配偶)首次加保者，另填「請領健保卡申請表」。

七、辦理投保時，請攜帶身分證、戶口名簿(或戶籍謄本)；榮民(榮民遺眷)身分及年滿20歲眷屬，需另檢附榮民證(榮民遺眷證)、學生證...等相關證明文件。

### 陸、投保單位審核結果

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	投保單位圖記	高雄六龜區公所 全民健康保險用章	經辦人簽章	
-----------------	---	--------	---------------------	-------	--

投保單位代號： 6200002897

投保單位名稱： 高雄六龜區公所 103年1月1日起適用

第一聯：公所存查(米白色)



# 全民健康保險

承表三

第六類保險對象停保（復保）申請表 填表日期 年 月 日

壹、被保險人(  只辦理眷屬停保時，須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓名	出生日期			停保 <input type="checkbox"/> (詳說明二)		復保 <input type="checkbox"/> (詳說明二)		原因發生日期			核定生效日期		
		前	年	月	日	失蹤未滿六個月(D)	預定期以上六個月(F)	失蹤六個月內尋獲者	返國復保	年	月	日	年	月

連絡地址、電話 地址：  電話：( ) 行動電話：

貳、眷屬

國民身分證統一編號 (居留證號碼)	姓名	出生日期			停保 <input type="checkbox"/> (詳說明二)		復保 <input type="checkbox"/> (詳說明二)		原因發生日期			本人停保眷屬異動表 (請打✓)			核定生效日期		
		前	年	月	日	失蹤未滿六個月(D)	預定期以上六個月(F)	失蹤六個月內尋獲者	返國復保	年	月	日	停保	轉出	續保	年	月

參、被保險人簽章：

代理人(受託人)簽章：  
代理人與被保險人之關係：

(蓋章)

被保險人不能親自辦理原因

被保險人辦理本人或眷屬出國停保者，請於閱讀下列文字後簽章。

- 一、被保險人或代理人(受託人)已瞭解全民健康保險有關被保險人及眷屬出國辦理停、復保相關規定(詳本表肆、填表說明)，並已取得健保局或投保單位交付之「了解健保停復保 出國安心沒煩惱」宣導單張。
- 二、如尚有疑問，可洽健保局免付費電話0800-030-598，或至健保局網站查詢(網址：<http://www.nhi.gov.tw>)。

肆、填表說明：

- 一、被保險人或其眷屬辦理停、復保時，被保險人應填寫本表1份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、保險對象發生下列原因之一時，得辦理停保，暫停繳納保險費，停保期間不得使用健保卡就醫，並依下列規定辦理：
  - (一)失蹤未滿六個月(代碼-D)：


- 1、失蹤者如為被保險人，其眷屬應改按其他身分投保，請於「本人停保眷屬異動別」的「轉出」欄打「✓」。
- 2、保險對象辦理失蹤停保，需檢附警察機關報案三聯單。
- 3、保險對象失蹤後，於6個月內尋獲者，應檢附撤銷協尋之證明文件辦理註銷停保，並追溯自停保月份起補繳保險費。

(二)預定出國6個月以上(代碼-F)：

- 1、出國停保者如為被保險人，其眷屬隨同出國者，請於「本人停保眷屬異動別」的「停保」欄打「✓」；其眷屬如改按其他身分投保，請於「本人停保眷屬異動別」的「轉出」欄打「✓」。
- 2、出國6個月以上，已辦理停保的民眾，於入境返國時，不論停留期間長短，都要在返國後檢附戶籍相關證明文件及入出境證明或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費，嗣後再出國時，應於復保屆滿3個月，始得再次選擇是否停保；如果出國未滿6個月即返國，停保將被註銷，而且要補繳保險費。
- 3、返國未辦復保者，不論是否再出國，一律追溯自辦理停保後之第一次返國日(限當次出境已達6個月以上)或追溯至停保日(指當次出境未達6個月即返國者)復保並追繳保費。

三、停、復保規定如有變更，以本局公告為準。

伍、投保單位審核結果：

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	投保單位圖記		經辦人簽章	
-----------------	--	--------	--	-------	--

投保單位代號：

62000  
620002897

投保單位名稱：

高雄市六龜區公所

第1聯：由公所留存(白色)(102年1月1日起適用)

本人或受託人已瞭解右列規定

簽章：

# 全民健康保險

## 第六類保險對象變更事項申請表

承表五

壹、保險對象 (被保險人或眷屬原申報資料)

填表日期 年 月 日

國民身分證統一編號：  
(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別，男-M、女-F)  
 姓 名：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

貳、變更項目 (請勾選變更項目，並填寫變更項目資料即可)

國民身分證統一編號：  
(填寫居留證號碼者請於最後一格以英文字母註明性別，男-M、女-F)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓 名：

出生年月日：

民 前	年	月	日

<input type="checkbox"/> 戶籍地址	郵遞區號	縣	鄉鎮	村里	路	段	巷	弄	號	樓	室
		市	市區	鄰	街						
<input type="checkbox"/> 通訊地址	郵遞區號	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址									
		縣	鄉鎮	村里	路	段	巷	弄	號	樓	室
		市	市區	鄰	街						
聯絡電話		(公)					(宅)				

眷屬稱謂代號：

稱謂 代號

	—	
--	---	--

參、被保險人簽章：

代理人(委託人)簽章：

(蓋章)

肆、填表說明：

- 一、被保險人或其眷屬變更資料時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所。
- 二、被保險人或其眷屬變更國民身分證統一編號、姓名、出生年月日、或被保險人變更戶籍地址，或眷屬變更稱謂代號時，應檢具國民身分證或戶籍證明文件影本供投保單位經辦人查核。
- 三、眷屬稱謂及代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母

伍、投保單位審核結果

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	投保單位圖記	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">                 高雄市六龜區公所                  全民健保專用章             </div>	經辦人簽章
-----------------	----------------------------	----------------------------	--------	---	-------

投保單位代號：

620002897

投保單位名稱：

高雄市六龜區公所

89.3.1155本(偉揚)

第一聯：公所存查(白)  
第二聯：保險對象收執(紅)







(代辦轉出)

# 全民健康保險 第六類保險對象退保(轉出)申請表

承表二

填表日期： 年 月 日

壹、被保險人(□只辦理眷屬轉出時，請於□內打√，並須同時填寫被保險人的國民身分證統一編號、姓名及眷屬資料。)

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓名	出生日期			□退保原因(請填代碼)(詳說明二) □轉出	原因發生日期
		年	月	日		
						年 月 日

貳、眷屬

國民身分證統一編號 (居留證號)	姓名	出生日期			稱謂 (請填代碼) (說明二)	□退保原因(請填代碼)(詳說明二) □轉出	原因發生日期
		年	月	日			
							年 月 日
							年 月 日
							年 月 日
							年 月 日
							年 月 日

參、退保(轉出)者原投保戶籍地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區)公所  
村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 室

肆、轉換新投保單位者請填寫下列資料：

轉入新投保單位之名稱	投保單位代號	聯絡電話	加保日期

伍、被保險人簽章：

代理人(委託人)簽章： \_\_\_\_\_



聯絡電話 (公)  
(宅)

說明：

- 一、被保險人或其眷屬辦理退保(轉出)時，被保險人應填寫本表一份送戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所；經辦人於審核簽章後，影印一份交保險對象持往新投保單位辦理投保(轉入)手續。
- 二、「退保」、「轉出」原因及英文字母代碼請依下列規定詳細填寫：
  - (一)退保(喪失投保資格)者：(1)如死亡代碼為(M)，(2)在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行二個月以上等代碼為(I)，(3)失蹤滿六個月代碼為(E)，(4)居留權期滿；出境戶籍辦理遷出；喪失中華民國國籍等代碼均為(U)。
  - (二)轉出(轉換投保單位或改變投保身分)者：如被保險人遷移戶籍所在地；被保險人或眷屬轉換為其他類被保險人或眷屬；眷屬終止收養關係、離婚、卑親屬年滿二十歲未具續保資格、年滿二十歲卑親屬喪失續保資格丟。
  - (三)眷屬稱謂及代碼請依下列規定填寫：配偶-1、父母-2、子女-3、祖父母-4、孫子女-5、外祖父母-6、外孫子女-7、曾祖父母-8、外曾祖父母-9
- 三、被保險人退保(轉出)時，眷屬應隨同退保(轉出)，改按其他身分投保。退保時應檢附相關證明文件始得辦理。
- 四、為了維護轉出者的權益，避免重複加保及重複計算健保費，被保險人或眷屬轉換投保單位，若因故未能在戶籍所在地的鄉(鎮、市、區)公所辦理轉出申報手續，請受理轉入加保的投保單位，直接將本表交給轉入加保者填寫。並請其填妥後，貼足郵資，逕寄原戶籍地加保之公所民政課(或健保課)。

陸、投保單位審核結果：

本表各欄與證明文件記載是否相符	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	投保單位 信 圖 全	信 圖 全 推市六龜區公所 民健保專用章	經辦人 簽 章
-----------------	--	---------------------	----------------------------------	---------------

投保單位代號：620002897

投保單位名稱：高雄市六龜區公所 公所



代號：  
投保單位名稱：

# 請領健保卡申請表

※本表請勿影印使用

(第一聯)

申請日期： 年 月 日

姓名 (申請者)		請於下方區域正中央黏貼二年內二吋正面、脫帽半身彩色(或黑白)未戴有色鏡片眼鏡照片二張	
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)		照片 黏貼處  (相片請勿摺到、污損)	
出生日期			
申請原因 (請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 申請人應繳交工本費新台幣200元 (備註1) <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 更換照片 <input type="checkbox"/> 身分資料變更(請於下欄填寫舊身分證號、居留證號)		
	<input type="checkbox"/> 申請人免繳交工本費 (備註2) <input type="checkbox"/> 首次領卡(請先辦妥加保手續) <input type="checkbox"/> 其他原因 _____ (應繳回原卡)		
聯絡電話 (日) _____ (手機) _____		<input type="checkbox"/> 不貼照片 (勾選不貼照片者，就醫時需攜帶身分證證明文件)	
健保卡郵寄地址	郵遞區號	(請填寫白天有人收件地址)	

※倘若不製有照片，請於左方勾選不貼照片。

申請單號	黏貼申請單號條碼	健保署 受理人	收件 (款)章	申請者簽章
------	----------	------------	------------	-------

- 備註：1. 申請人如因遺失、毀損(如卡片折損)、更換照片、身分資料變更(如變更姓名或身分證號)等原因申請換發健保卡者，應繳納工本費200元，請填寫本申請表第一、二、三聯後，親自、委託投保單位或他人，至郵局櫃台、保險人所屬各分區業務組及聯絡辦公室繳交本表及工本費。
2. 首次領卡(係保險對象取得健保投保資格，未曾申領健保卡者，如新生嬰兒、新聘外籍勞工等)或其他原因(卡片及晶片無刮傷及折損，但無法使用)申請健保卡者，免繳納工本費，僅需填寫本申請表第一聯，可以用掛號郵寄、委託投保單位、他人或親自至保險人所屬各分區業務組、聯絡辦公室繳交本表，郵局櫃台不受理本表。
3. 申請人親洽保險人所屬各分區業務組、聯絡辦公室或郵局現場申辦時，請攜帶身分證證明文件正本；由代理人代為現場辦理時，應同時出示申請人及代理人之身分證證明文件正本，以備查驗。
4. 請將身分證證明文件正、反面影本黏貼於本表背面。

收款單位存根聯 (第二聯)		請領健保卡收執聯(第三聯)	
姓名 (申請者)	收款單位章戳	姓名 (申請者)	印證欄
身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)		身分證統一編號 (或非本國籍人士統一證號)	
電話		工本費	
工本費新台幣200元		新台幣200元	印證欄
印證欄		收款單位章戳	

申請健保卡期間，十四天內可憑本收執聯及身分證證明文件以健保身分就醫。

# 全民健康保險無力一次繳納保險費清寒證明書

欠費者姓名					身分證字號														
出生日期		年		月		日	聯絡電話	( )											
聯絡地址	高雄市 六龜區 里 路 巷 號																		

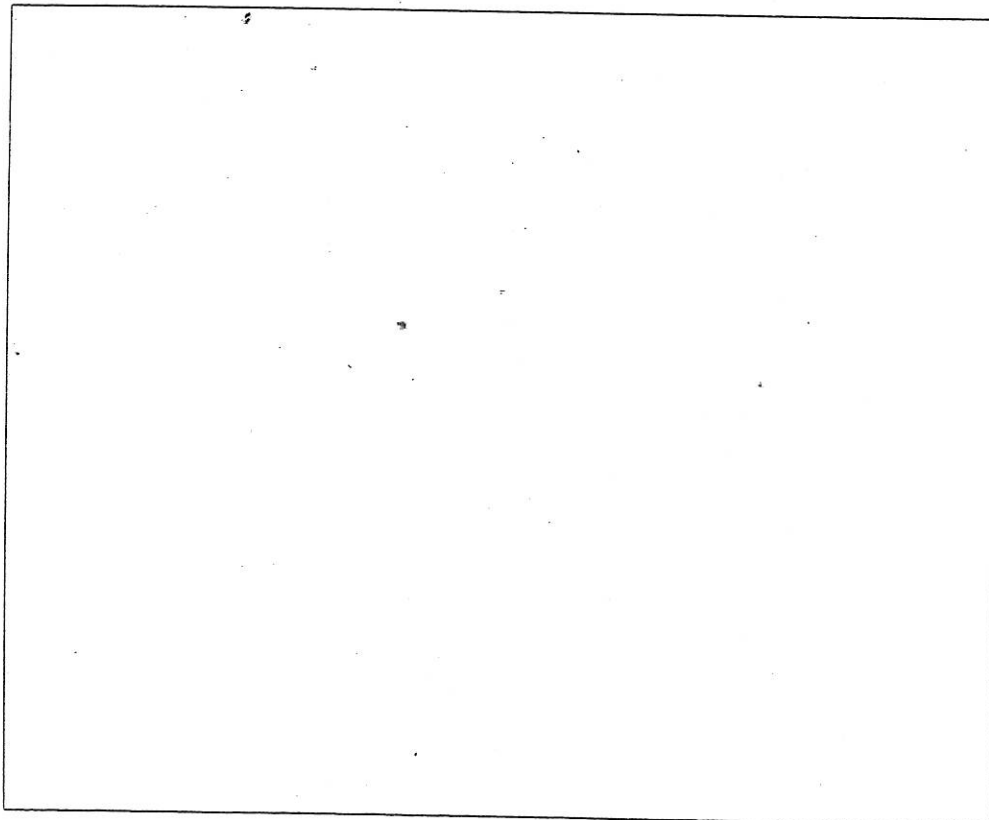
茲證明上列欠費之人員，確為生活清苦，家境清寒，無力一次負擔其所應繳之全民健康保險保險費，絕非故意拒絕繳納，請予以分期方式繳納，以減輕生活負擔，特此證明。

此致

中央健康保險局

\_\_\_\_\_ 高雄 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 六龜 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 里

(請蓋用村里辦公處印信)



村(里)長簽章：

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日





健保卡 強制開卡單 (請確認已辦分期及加保)

身分證字號	姓名	<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他

辦理民眾簽名： 聯絡電話：

公所承辦： 日期：

健保卡 強制開卡單 (請確認已辦分期及加保)

身分證字號	姓名	<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他

辦理民眾簽名： 聯絡電話：

公所承辦： 日期：

健保卡 強制開卡單 (請確認已辦分期及加保)

身分證字號	姓名	<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他

辦理民眾簽名： 聯絡電話：

公所承辦： 日期：

健保卡 強制開卡單 (請確認已辦分期及加保)

身分證字號	姓名	<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他
		<input type="checkbox"/> 已辦理分期或繳清 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 其他

辦理民眾簽名： 聯絡電話：

公所承辦： 日期：

## 設籍前外籍配偶補助全民健康保險自付保險費申請表

壹、基本資料：一、申請人：_____		健保署受理單位填寫				
二、聯絡電話：_____ 三、行動電話：_____		案號：_____				
四、戶籍地址：_____		受理日： 年 月 日				
□□□ _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里) 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		檢具附件共 _____ 件				
五、通訊地址：□同戶籍地址 □另列如下		分區業務組代號：_____				
□□□ _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里) 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		投保單位代號：_____				
六、婚姻狀況：□已婚 □喪偶		備註：_____				
		□1 北市 □2 高市 □3 新北市 □4 台灣省 □5 金門、連江 □6 桃園縣 □7 臺中市 □8 臺南市				
貳、全家人口及經濟狀況						
稱謂	姓名		出生日期			備註
	身分證統一編號 (居留證號)		年	月	日	
申請人						已經直轄市、縣(市)政府核定為： □低收入戶 □中低收入戶
配偶						
申請人(簽名或蓋章)：_____		中華民國 年 月 日				
<u>代申請委託(授權)書</u>						
本人(即申請人)：_____【簽名或蓋章】茲已瞭解並將有關申請「設籍前外籍配偶補助全民健康保險自付保險費」資格相關事宜						
委託(授權)受委託人：_____【簽名或蓋章】(關係：為申請人之_____)						
代為申請，如有糾紛，概由本人與受委託人自行負責。 中華民國 年 月 日						
健保署 審核 單位 填寫	業務組/案號：_____		承辦：_____		複核：_____	

- 註：1. 申請人應該主動正確提供本項補助審核所需戶籍等相關資料並親自簽名蓋章。102.7.23 修訂
2. 臨櫃申請者應出示身分證明文件正本供受理人員查驗；委託他人代辦時，則須出示申請人及受委託人雙方身分證明文件正本供受理人員查驗。





跨機關聯盟—協力照護暨關懷弱勢民眾通報表

個案基本資料	姓名	身分證號	<input type="checkbox"/> 有證 <input type="checkbox"/> 無證	出生日期	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	聯絡地址	□□□				
	聯絡電話	(日)	(夜)	行動電話：		
個案現況	1. 家庭婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 子女____人 <input type="checkbox"/> 其他____ 2. 居住狀況： <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 自有房子 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 安養或教養機構 <input type="checkbox"/> 無固定住所 3. 經濟狀況： <input type="checkbox"/> 有固定工作 <input type="checkbox"/> 打零工 <input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 其他____ 4. 就醫原因(疾病)：____，目前已 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住加護病房 就醫醫療院所名稱：____ 健保卡： <input type="checkbox"/> 可用 <input type="checkbox"/> 卡損壞 <input type="checkbox"/> 控卡 <input type="checkbox"/> 無卡 5. 個案綜述：					
協助需求	<input type="checkbox"/> 解決就醫需求		<input type="checkbox"/> 解決過去積欠健保費需求		<input type="checkbox"/> 解決未來每月健保費負擔需求	
擬請本署協助事項 (先上後下)	<input type="checkbox"/> 查詢健保卡發卡情形 <input type="checkbox"/> 查詢加保情形 <input type="checkbox"/> 查詢欠費控卡情形		<input type="checkbox"/> 個人欠費達 2000 元協助申辦分期 <input type="checkbox"/> 分期仍無法解決，協助申貸紓困 (申貸紓困需符合經濟困難條件) <input type="checkbox"/> 符合申貸紓困條件，但不能申貸紓困者，建議愛心專戶補助積欠健保費		<input type="checkbox"/> 個人過去欠費已申辦分期或紓困 <input type="checkbox"/> 每月健保費已部分或未獲政府補助，但具有經濟困難具體情形者 <input type="checkbox"/> 建議轉介慈善機構補助未來每月健保費 (但外配之配偶有低收或中低收資格者可向本署申請外配之健保費全額或半數補助)	
申貸紓困經濟困難條件 (如有符合者請打 v)： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) 中低收入戶或低收入戶證明書，應檢視屬於有效的證明 (如年度為當年度)。</li> <li><input type="checkbox"/> (2) 家庭生計主要負擔者，死亡未滿二年。(戶籍之除戶資料)</li> <li><input type="checkbox"/> (3) 家庭生計主要負擔者，行蹤不明達六個月以上，且列報有案未滿二年。(查尋人口申報三聯單之收執聯且經查未銷案達六個月以上足資證明文件。</li> <li><input type="checkbox"/> (4) 家庭生計主要負擔者，持有身心障礙手冊。(尚在效期內之身心障礙手冊)。</li> <li><input type="checkbox"/> (5) 家庭生計主要負擔者，罹患重大傷病或患病須長期療養不能工作。(尚在效期的重大傷病證明卡或核定書或最近一個月內診斷證明書；診斷書需註明需長期療養無法工作)。</li> <li><input type="checkbox"/> (6) 家庭生計主要負擔者，懷孕六個月以上或分娩二個月以內(最近一個月內註明有懷胎週數之診斷證明書；子女之出生證明；或戶籍資料證明者)。</li> <li><input type="checkbox"/> (7) 家庭生計主要負擔者，入營服役或服替代役，役期尚有六個月以上。(服役通知單或戶籍資料足資證明者)</li> <li><input type="checkbox"/> (8) 家庭生計主要負擔者，在監服刑，刑期尚有六個月以上。(服刑通知單或戶籍資料足資證明者)</li> <li><input type="checkbox"/> (9) 家庭生計主要負擔者，申請時失業已達六個月以上。(公立就業輔導機構填寫之求職登記表影本或依前一工作單位之離職證明書、相關機關之停歇業證明等足資證明之文件)。</li> <li><input type="checkbox"/> (10) 家中成員配偶或共同生活之血親，罹患重大傷病需人照顧。(最近一個月之診斷證明書或重大傷病卡影本或重大傷病核定書)</li> <li><input type="checkbox"/> (11) 單親，須獨自扶養未成年子女者(檢視戶籍記事內未成年子女之監護申登屬於該案件之申貸者一人所有)。</li> <li><input type="checkbox"/> (12) 直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女。(依戶籍資料或立案之社會福利團體個案輔導資料足以證明者。)</li> <li><input type="checkbox"/> 其他：</li> </ul>						
來源	通報單位	通報人			通報人電話	回復傳真
	通報日期	年 月 日	通報人		通報人 e-mail	
回復協助措施 (健保署填寫)	<input type="checkbox"/> 申辦健保卡 <input type="checkbox"/> 申辦加保 欠費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無控卡 建議分期 <input type="checkbox"/> 執行 <input type="checkbox"/> 未執行欠費，首期____元 <input type="checkbox"/> 建議第__項條件申貸紓困 <input type="checkbox"/> 建議愛心專戶補助過去欠費 <input type="checkbox"/> 轉介慈善機構補助未來保費 <input type="checkbox"/> 除本署可協助事項外，已轉介____繼續協助個案。受轉介機關承辦人：____ <input type="checkbox"/> 查無本署可協助事項，已轉介____繼續協助個案。及連絡電話：____					