**健保自付保險費繳費證明（請交由投保單位開立）**

茲證明臺中市\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（區）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_先生（女士）自\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_ 月至 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月份繳納全民健康保險保險費自付額每月新臺幣 元，合計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整，無訛。

此致

臺中市政府社會局

公司名稱： （用印）

負責人： （蓋章）

投保單位代號：

地址：

電話：

中 華 民 國 年 月 日