|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺中市老人參加全民健康保險保險費自付額補助保費核退申請表**  申請日期： 年 月 日  粗框線為必填項目 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請人  姓 名 |  | | | | 出生日期 | | 年 月 日 | | | | | 申請人蓋章處 | | |  | |
| 身分證  統一編號 |  | | | | 聯絡電話 | |  | | | | | 手機 | | |  | |
| 戶籍地址 | 區 里 鄰 路（街） 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通訊地址 | □同戶籍地  □ 縣（市） 區 里 鄰 路（街） 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受託人  姓 名 |  | | | 身 分 證  統一編號 | |  | | | | 聯絡電話 |  | | | 受託人蓋章處 | |  |
| 與申請人關係 |  | | | 通訊地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 申請保費  核退資料 | 1. 期間：   \_\_\_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_\_\_月至 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_\_\_月，合計\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月  二、核退金額：每月健保費用自付金額新臺幣 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請人金融  機構帳戶 | 金融機構代號 | |  | | | | | | 帳號 |  | | | | | | |
| 申請保費核退應備資料 | ※若屬中低收入老人70歲以上申請保費核退案，免填寫申請表。  □一、領款收據。（應黏貼受補助者**本人**金融機構存摺封面影本）  □二、國民身分證正反面影本。  □三、健保費繳費證明。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※代申請委託(授權）書**  委託人(即申請人)： **(簽章)** 茲已了解並將有關臺中市老人參加全民健康保險保險費自付額補助保費核退申請事宜委託（授權）受委託人 **(簽章)**代為送件申請（填寫申請表及簽名蓋章），如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處，如因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **審核結果(社會局填寫)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 符合：符合補助\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月每月健保費用自付金額新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，合計補助新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元整。 * 不符合，原因： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承辦人 | | 股長 | | | | | | 社工督導 | | | | | 科長 | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |