

案件編號：	收件日期：	收件者：	備註：本欄申請人免填
-------	-------	------	------------

中低收入家庭內未滿 18 歲兒童及少年全民健康保險自付之保險費補助申請表

申請日期： 年 月 日

壹、基本資料

一、姓名：	身分證字號：	出生年月日：								
姓名：	身分證字號：	出生年月日：								
二、戶籍地址：	市	區	里	鄰	路	街	巷	弄	號	樓
三、申請人姓名：	身分證字號：	關係：	☐ 父 ☐ 母 ☐ 其他（請註明）_____							
四、通訊地址：	市	區	里	鄰	路	街	巷	弄	號	樓
五、聯絡電話：	行動電話：									

貳、全家人口及收入狀況

人口數	稱謂	姓	名	出生			足齡	身障類別 及等級	工作能力		收入項目					全民健保加保狀況	初核結果
		身分證字號	年	月	日	無			有	工作 收入	不動產 收入	利息 收入	其他 收入	小計			
1															☐ 有 ☐ 未納保 投保單位：		
2															☐ 有 ☐ 未納保 投保單位：		
3															☐ 有 ☐ 未納保 投保單位：		
4															☐ 有 ☐ 未納保 投保單位：		
5															☐ 有 ☐ 未納保 投保單位：		
6															☐ 有 ☐ 未納保 投保單位：		

（人口欄位不足時，請在此浮貼）

備註：

壹、申請本案所需文件

一、必備文件

☐全家人口戶籍資料乙份（請參考其他注意事項 1）

二、其他相關證明文件（因財稅單位無法提供當年財稅資料，申請人全戶如有以下相關變動或個人特殊狀況請自行檢具）

☐離職證明正本 ☐身心障礙手冊影本 ☐優惠存款證明影本 ☐軍公教薪資證明影本 ☐房屋或土地交易證明影本

☐在臺無戶籍國民者（含括華僑、已取得我國國籍之外國人）或大陸地區人民身分證明文件

☐公立醫療機構或評鑑合格醫院開立罹患嚴重傷病需三個月以上之治療或療養之診斷書正本

☐最近兩年（集保）存摺封面、交易內頁、對帳單影本 ☐學生證影本 ☐退休證明影本 ☐扶養證明正本 ☐其他證明_____

貳、注意事項

1.依據社會救助法規定全家人口計算人口範圍，除申請人外，包括下列人員：

（1）配偶。（2）一親等之直系血親。（3）同一戶籍或共同生活之其他直系血親及兄弟姊妹。

（4）前三款以外，認列綜合所得稅扶養親屬免稅額之納稅義務人。

2.申請人有義務提供本項補助審查所需相關資料，供受理單位正確審核，並每年接受直轄市、縣（市）主管機關資格調查，如有本辦法第 14 條情形之一者，須將溢領保險費補助金額繳回直轄市、縣（市）主管機關。

3.家庭總收入應計算之全家人口戶籍資料得由受理單位查調，資產部份原則上應由申請人主動據實申報，由受理單位查對最新年度之財稅資料綜理審查。

參、受補助人_____將於_____年_____月滿 18 歲，屆時將自動取消補助資格。

受補助人_____將於_____年_____月滿 18 歲，屆時將自動取消補助資格。

肆、若有虛報不實情形經查明者，除無條件繳回補助款外，願負一切法律責任。

伍、本人 ☐同意 ☐不同意 將本人戶內資料提供相關單位作學術研究或非營利目的之使用。

申請人：_____（簽章） ※父母、監護人或相關人員

※申請人請備齊相關文件親洽或以掛號郵寄方式向【受補助人】戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所申請。

第一聯：公所留存 第二聯：社會局留存 第三聯：申請人留存

