

全民健康保險重大傷病證明核定通知函列印
(暨重大傷病證明卡補領) 申請書

保險對象姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號		出生日期	
聯絡地址及電話			
<p style="text-align: center;">茲因</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><input type="checkbox"/>遺失 貴署核發之全民健康保險重大傷病證明</p> <p><input type="checkbox"/>更正 貴署核發之全民健康保險重大傷病證明</p> <p><input type="checkbox"/>損毀 貴署核發之全民健康保險重大傷病證明</p> <p><input type="checkbox"/>證明 _____</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>(傷病病名稱為：)，請貴署惠于補印核定通知函(補發證明卡)。</p> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>保險對象： (簽章)</p> <p>(法定)代理人： (簽章)</p> </div>			
健 保 署 意 見 欄	<input type="checkbox"/> 同意補發原卡。 <input type="checkbox"/> 同意更改姓名。 <input type="checkbox"/> 同意更改身分證號。 <input type="checkbox"/> 同意補印核定通知函。	<p>科</p> <hr/> <p>經辦:</p>	

註：請檢附身分證明文件影本(如代辦需檢附代辦人身分證明文件影本)。