

高雄市政府社會局

受理老人及身心障礙者參加全民健康保險應減免自付額保費核退申請表

補助類別：老人 身障

106年7月製表

老人或身心障礙	姓名		身分證字號		填表日期	年 月 日	
	身障手冊(證明)	類別	投保類別	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 工會 <input type="checkbox"/> 區公所		出生日期	年 月 日
		等級	投保單位			連絡電話	
	戶籍地址		區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				

申請人	姓名		身分證字號		電話	
	與老人或身心障礙者關係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請填明)			
	通信地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> _____ 縣(市) 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓				

應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證或身心障礙者手冊(證明)正反面影印本 <input type="checkbox"/> 郵局或銀行存摺封面影印本 <input type="checkbox"/> 領據(請攜帶老人或身障者個人私章)
------	---

受補助人溢領補助或不符合申請資格而領取補助時，本局應撤銷或廢止其補助資格，並得按月抵扣申請人或其繼承人所得受領之補助或津貼至溢領金額繳清為止，或以書面行政處分向申請人或其繼承人追繳溢領款；逾期未繳納者，移送法務部行政執行署分署強制執行。

申請人(或代理人) 簽章 _____

核退計算表 ※由社會局填寫※	起迄日期	自付額(保費)	補助比率： 中度 1/2 (輕度 1/4， 3/4，全額)	核退金額 (應退費金額×月份數)	核退說明	
					元× 個月 = 元	
					元× 個月 = 元	
					元× 個月 = 元	
		遷入本市戶籍日期		手冊鑑定日期		
核退金額：新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整						

受理日期： 年 月 日

領據

茲收到 君申請高雄市老人及身心障礙者全民健保保費自付額補助之費用新臺幣 元正（金額請以國字大寫）

具領人： 簽章（具領人須與郵局或銀行存簿同一人）

與老人或身心障礙者之關係：

身分證字號：

出生年月日：

戶籍地址：高雄市 區 里 路(街) 巷 弄 號 樓

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

※打叉處請勿填寫

※處請蓋章

※另請填寫背面退費申請表

※如有疑問請洽社會局障福科(電話:07-3308447)

社會局老福科(電話:07-3373376)