

行政院衛生署中央健康保險局
高中(含)以下校園健保關懷通報表

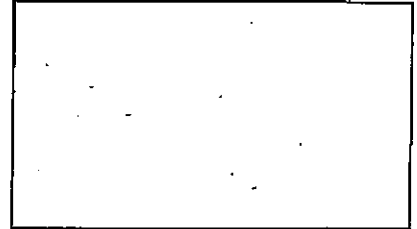
※通報單位：_____高中(職)、國中(小) (通報單位章戳或通報人職章)

※通報人基本資料：

姓名：_____

服務組室：_____

聯絡電話：() _____ 手機：_____



※協助對象基本資料：

姓名：_____ (就讀年級：_____年級)

身分證號：_____ 出生日期：_____年 月 日

同住聯絡人：_____ 關係：_____

聯絡電話：() _____ 手機：_____

通訊住址：_____



※協助需求：健保醫療協助解卡 社會救助(扶助)需求

※緊急用卡原因：(請簡述)

☆通報之中央健康保險局各分區業務組、聯絡人員及通報電話等詳背面資料。

☆如勾選社會救助(扶助)需求者，請另洽所屬縣市社會局(處)通報，俾利給予生活扶助。

填報日期：_____年 _____月 _____日

編號：_____