

澎湖縣六歲以下幼童參加全民健康保險保險費自負額補助申請表

114.3 修正

(申請前請參閱表後申請說明，並以正楷中文書寫)

申請日期：000 年 00 月 00 日

兒童戶籍地址	湖西 鄉/市 00 村/里	路/街 段 巷 弄 00 號 樓
戶內有 2 名以上兒童，若分別設籍於不同之鄉(鎮、市、區)，請分別填寫申請表，分開送件		

一、申請人(兒童父母雙方、監護人或實際照顧者)基本資料

是否同意使用以上相關資料申請
澎湖縣家庭安全提升補助，每季補助新臺幣 9,000 元。是 ☒ 否 ☐

姓名		通訊方式	地 址		
國民身分證統一編號 (居留證編號)					
父	黃吉弘	(日) 9921054 (夜)	戶籍地	☒ 同上表兒童戶籍地址 ☐ 其他，請詳填於下：	
	X 1 2 0 1 2 3 4 5 6		現居地	☒ 同上表兒童戶籍地址 ☐ 同上 ☐ 其他，請詳填於下：	
母	田蜜蜜	(手機)	戶籍地	☒ 同上表兒童戶籍地址 ☐ 其他，請詳填於下：	
	X 2 2 0 6 5 4 3 2 1		現居地	☒ 同上表兒童戶籍地址 ☐ 同上 ☐ 其他，請詳填於下：	
受補助兒童	姓名	出生日期		地址	
	國民身分證統一編號	年	月		日
	黃小名	0	0	0	現居地
	X 1 2 0 4 7 8 9 9 9	0	0	0	
				現居地	
申請類別		☒ 新生兒 ☐ 補助對象之父母或監護人如有特殊情形(如失蹤、服刑、家暴或其他變故、未婚生子之婦女..等) ☐ 申請保險費核退			
補助對象或父母或監護人一方郵局帳號		戶名	局號	帳號	
		田蜜蜜	1234567	7654321	

二、申請人須檢附相關文件

應備文件	☐ 申請表	☐ 保險費自負額繳費證明正本
	☐ 補助對象及父、母或監護人之含記事之戶籍資料(有效之新式戶口名簿影本或最近三個月內電子戶籍謄本等)	
	☐ 郵局存摺封面影本(補助對象或父母或監護人一方)	
申請本項補助，所提供以上資料皆據實填報，若有虛報不實情形經查獲者，除無條件繳回本項津貼外，願負一切法律責任。		
(父) 黃吉弘 (簽名或蓋章) (母) 田蜜蜜 (簽名或蓋章)		
委託(授權)代申請(若由他人代送者，應簽署本欄，若掛號郵寄或親送者免填)		
委託人(即申請人)茲已瞭解並將本補助事宜委託(授權)受委託人：_____ (簽名或蓋章)(國民身分證統一編號：_____)代辦，如有糾紛致影響申請人權益，概由委託人自行負責。		
縣市政府複核意見 ☐ 符合 ☐ 不符合補助規定		
承辦人： 科長： 副處長： 處長： 縣長：		

澎湖縣六歲以下幼童健保費自負額 繳費證明

茲證明本投保單位員工及其眷屬（姓名、金額詳如下表），已由本投保單位依法按月扣繳全民健康保險費。倘提供資料如有虛報不實，經查明者，願負相關法律責任，特立此證明為證。

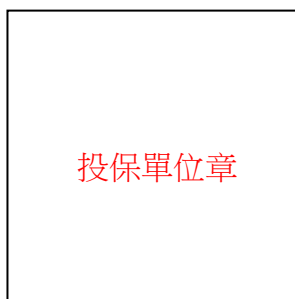
此致 澎湖縣政府社會處

稱謂	姓名	身分證字號	月投保金額	已扣繳之月份/金額		合計
				月份	0-0 月	
員工本人	田蜜蜜	X220654321	0000 元	自付金額	0000 元	0000 元
眷屬	黃小名	X120478999	0000 元	自付金額	0000 元	0000 元

投保單位章：

負責人章：

承辦人員章：



填表日期： 000 年 00 月 00 日 ※本表可自行影印使用

申請人補繳【保險費自負額繳費證明】注意事項：

1. 受補助兒童健保費繳交予投保單位後，若單位無開立繳費收據者，請單位填具本繳費證明表，並於繳費收訖日或填表日起3個月內，將繳費收據或繳費證明正本親送或郵寄至本府社會處，俾利日後辦理核退補助款事宜，逾期繳交將不受理。
2. 遞送地址：880 澎湖縣馬公市治平路32號；收件人：澎湖縣政府社會處社工婦幼科（6歲以下幼童健保補助）。
3. 如有疑問請致電：澎湖縣政府社會處 06-9274400 分機 569。 收件日：