

澎湖縣罹患癌症或罕見疾病民眾

健保費自付額繳費證明

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	身份證字號	月投保金額	已扣繳之月份金額		合計
				月份		
員工本人				自付額		
眷屬				自付額		

投保單位章：

負責人章：

承辦人員章：

填表日期： 年 月 日 ※請自行影印日後
備用