全民健康保險重大傷病證明申請書

104.12 製

申請人姓名		身分證明文件號碼		男：□ 女：□	出生日期	年　月　日
申請書開立日期	年　月　日	受理申請日期	（申請人勿填）		受理編號	（申請人勿填）
聯絡地址	電子郵件信箱；				聯絡電話	
＊申請人或代理人簽名或蓋章	簽名：				新申請：□	
	身分證明文件號碼：				換　發：□	
	申請人與代理人關係：				申　復：□	
健保局審核意見欄	1. □同意發給重大傷病證明。 2. □不符申請條件，不同意。 理由： 3. □資料不全，請補正。 4. □ 組室專用章：　日期戳章：				審查醫師	
	承辦人：	複核：	科長：		決行：	
注意事項	1. 本申請書得以現場或郵寄方式向健保局分區業務組提出申請。 2. 本申請書經審查核准後，相關資料同時登錄健保 IC 卡。 3. 身分證明文件號碼係指「國民身分證統一編號〈居留證號碼〉」 4. 申請時請檢附申請人〔本人〕身分證明文件影本供留存，若委由代理人申請時，併請出示代理人之身分證明文件供查驗。 **5. □已核對身分証明文件無誤**					

國防醫學院三軍總醫院附設民眾診療服務處
申請重大傷病專用診斷書

醫院代號： 0501110514

姓名		男 □ 女 □	重大傷病證明受理編號		
身分證號		病歷號		生日	年　月　日
診斷病名	**中文診斷病名及國際疾病分類代碼(ICD-10-CM)** **疾病分類代碼：** **中文診斷病名：** **醫師簽章：** **開立日期：**			特約醫療院所用印 負責人：	