

全民健康保險重大傷病證明核定通知函列印  
(暨重大傷病證明卡補領)申請書

保險對象姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身 分 證 號		出生日期	年 月 日
聯絡地址  及電話			
<p>茲因 <input type="checkbox"/>遺失 貴署核發之全民健康保險重大傷病證明  <input type="checkbox"/>更正 貴署核發之全民健康保險重大傷病證明  <input type="checkbox"/>損毀 貴署核發之全民健康保險重大傷病證明  <input type="checkbox"/>證明 _____</p> <p>(傷病病名稱為： _____)，請貴署惠于補印核定通知函(補發證明卡)。</p> <p style="text-align: right;">保險對象： _____ (簽章)  (法定)代理人： _____ (簽章)</p>			
健保署 意見欄	<input type="checkbox"/> 同意補發原卡。 <input type="checkbox"/> 同意更改姓名。 <input type="checkbox"/> 同意更改身分證號。 <input type="checkbox"/> 同意補印核定通知函。	科	
		經辦：	

註：請檢附身分證明文件影本(若委任他人代辦，代理人需檢附當事人簽章之「全民健康保險重大傷病證明核定通知函列印(暨重大傷病證明卡補領)申請委託書」及雙方身分證明文件影本)。