

全民健康保險第4類第3目被保險人投保證明

(本表專供矯正機關填用)

矯正機關名稱：

矯正機關代碼：

編號	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	合於投保條件日期	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

製表人： (簽章)

單位：

連絡電話：

日期： 年 月 日

單位

章戳

本證明由矯正機關開立，交由醫療院所自存備查，作為第4類第3目被保險人未出示健保卡或鎖卡時，例外就醫之投保證明。