

中央健康保險署中區業務組經濟弱勢個案通報暨審查表

通報者	通報單位 名稱		通報者 姓名		聯絡電話	
個案 基本 資料	個案姓名		身分證號		出生日期	____年____月____日
	聯絡地址					
	聯絡電話	日： 夜： 行動電話：				
個案 目前 狀況	家庭狀況：	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶 ☐ 分居 ☐ 訴請離婚中 ☐ 其他_____				
	子女人數：	☐ 成年____人， ☐ 未成年____人				
	居住狀況：	☐ 租屋 ☐ 自有 ☐ 借住 ☐ 居無定所 ☐ 安養或教養機構 ☐ 其他_____				
	是否獨居：	☐ 是 ☐ 否				
	就業現況：	☐ 固定工作 ☐ 打零工 ☐ 失業中 ☐ 其他_____				
	就醫現況：	就醫需求： ☐ 門診/ ☐ 住院 ☐ 無(目前)，請輸入病名或症狀_____				
		☐ 就醫院所名稱 _____				
個案描述 及需求	(請描述個案訪視時之所發現經濟、就醫、健保等生活上的問題、困難處及希望協助之處)					
需要健保 協處情形						
訪視單位	訪視日期：	____年____月____日				
	訪視單位及人員：	☐ _____公所 ☐ 村里長姓名：_____ ☐ 村里幹事姓名：_____				
		☐ 公所健保業務承辦人，姓名：_____				
		☐ 慈濟基金會 ☐ 其他：職稱_____, 姓名：_____				
		☐ 其他：_____ ☐ 其他：職稱_____, 姓名：_____				
健保紀錄	☐ _____專案 ☐ 健保費欠費金額：_____元 ☐ 中低收入戶 ☐ 低收入戶 ☐ 減免資格 ☐ 重大傷病 ☐ 分期期數：____, 分期總金額：_____元, 尚欠金額：_____元, 申辦日期：____年____月____日 ☐ 紓困期數：____, 紓困總金額：_____元, 尚欠金額：_____元, 申貸日期：____年____月____日					
審核結果	☐ 擬以公益彩券回饋金一般性計畫經費，補助_____元 ☐ 擬以本組愛心捐款，補助_____元；另轉介_____, 補助_____元 ☐ 擬輔導辦理經濟困難認定					

承辦人

覆核

科長

健保署中區業務組連絡窗口：承保二科

★為掌握處理時效請速通報(請 E-mail 或傳真) ★

TEL：(04) 22583988轉分機6331江小姐或6332莊小姐 FAX：(04) 22545383

E-mail：c_care@nhi.gov.tw 中區業務組關懷弱勢信箱

表單編號：QR-UB0F-015-F04-C

中央健康保險署中區業務組經濟弱勢個案通報暨審查表

協(訪)談紀錄