

全民健康保險對象 重大傷病資料查詢授權書

茲因申領「新北市醫療補助」之需，同意授權新北市政府衛生局，向中央健康保險署臺北業務組查詢保險對象

(身分證字號：_____；出生日期：____年____月____日)之全民健康保險重大傷病核定起訖日期；如所查詢資料由本人或新北市政府衛生局外流為它用時，由本人或新北市政府衛生局人員依法負責。

授權人(簽名或蓋章)：

身分證字號：

戶籍地址：_____縣/市_____區/鄉鎮市_____里村_____鄰_____路(街)_____段_____巷
_____弄_____號_____樓

與保險對象關係：

中華民國_____年_____月_____日

新北市政府衛生局 醫事管理科 承辦人：_____ (簽章)

聯絡電話：(02)2257-7155 傳真號碼：(02)2255-7926 或(02)2258-9064

健保署臺北業務組回傳資料

該保險對象為 重大傷病兒童 罕見疾病兒童 兩者皆不是。

其疾病診斷代碼為：_____

疾病受理編號：_____

有效期限：_____年_____月_____日起～_____年_____月_____日止

健保署臺北業務組 承辦人：

填寫日期：_____年_____月_____日

請回傳至(02)2255-7926 或(02)2258-9064。謝謝!!