

附表五

無力繳納保險費但需住院醫療清寒證明書

住院者姓名					身分證號							
出生日期	年		月		日	聯絡電話	()					
聯絡地址	縣(市) 路(街)		鄉(鎮、市、區) 巷 弄				村(里) 號 樓					
<p>茲證明_____君因傷病需住院醫療，里長就現況所見，確為生活清苦，家境清寒，無力負擔其所應繳之全民健康保險費，絕非故意拒絕繳納，惟其是否有其他存款、財產不在此證明範圍。</p> <p>此 致</p> <p>中央健保局</p> <p>_____ 市 _____ 區 _____ 里</p> <p style="text-align: center;">里長簽章_____</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 300px; height: 150px; margin: 20px auto;"></div> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">里 辦 公 處 印</p>												
<p>法令依據：行政衛生署九十年七月二十日衛署健保字第○九○○○三六八九○號函：「…『無力繳費者之就醫保障』措施，原同意延長實施至紓困基金正式運作，為排除經濟弱勢者之就醫障礙，同意再延長實施日期自九十年六月七日至九十一年六月三十日止，並擴大適用範圍至急診或重症、急症門診就醫者」。</p> <p>准予發證明之要件：經現場訪查結果，確為生活清苦，家境清寒，無力繳納全民健康保險費者，始予核發證明書。</p> <p>注意事項：本表僅適用無力繳納健保費但需住院、急診或重症門診醫療者用。</p>												
<p>中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>												