

[附件六]

全民健康保險

鄉巡迴醫療無健保IC卡就醫名冊

院所名稱及代號：

日期： 年 月

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地址	聯絡電話
					公： 宅： 手機：
					公： 宅： 手機：
					公： 宅： 手機：
					公： 宅： 手機：
					公： 宅： 手機：
					公： 宅： 手機：