附件6

全民健康保險　分區業務組　山地離島地區
醫療給付效益提昇計畫關懷弱勢服務個案登記表

編號：

個案基本資料	姓　名		性別	⭘男	身分證號	
				⭘女	出生日期	年　月　日
	戶籍地址					
	聯絡地址					
	聯絡電話	日：	夜：		手機：	

個案狀況及需求（醫療院所填寫）	情況分類	□未加保　□欠費　□無健保IC卡　□情況不明				
	健康狀況	□罹患慢性病　□罹患急性病　□其他				
	特殊身分	□孤獨無依老人□弱勢兒童□低收入戶□重大傷病或重度殘障者 □身心障礙者(中輕度) □單親且獨自扶養未成年子女(孫子女) □外籍(大陸)配偶□原住民□失業				
	家庭狀況	□父母(夫妻)離異　□家庭失和　□主要工作者重病(傷)				
	經濟狀況	□家暴、棄養、重大變故　□其他				
	就醫迫切性	□需門診追蹤治療　□需住院治療　⭘其他：				
	需求 (務必填寫)	＊＊請簡述個案現況問題及希望協助之處＊＊				
	通報院所/單位		連絡人員		電話	
					傳真	

加保情形及協助方式（保險人填寫）	投保狀況	⭘未在保（最後轉出日：　　） ⭘在保中（在保單位：　　）		
	欠費情形	⭘無	⭘有	⭘移送中，欠費金額：　　欠費月份： ⭘未移送(含已取得債証)欠費金額：　　欠費月份：
	協助方式	□查詢加保及欠費情形 □辦理加保 □申辦IC卡 □協助辦理分期攤繳 □協助辦理紓困基金貸款		□轉介慈善單位協助 □愛心專戶補助 □個案認養 □其他：

⇳為掌握處理時效，請儘速通報保險人分區業務組，以利及時提供相關協助！！
全民健康保險　　分區業務組聯絡窗口：承保　　科
⇳　TEL：()　　FAX：()