全民健康保險重大傷病證明卡補領申請書

<table>
<tr><td>保險對象姓名</td><td></td><td>性　　別</td><td>□男　□女</td></tr>
<tr><td>身　分　證　號</td><td></td><td>出生日期</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>聯絡地址及電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">茲因 □遺失 □更正 □損毀 貴局核發之全民健康保險重大傷病證明卡
（傷病病名稱為：　　），為能繼續享有
免部分負擔權益，請貴局惠于補發證明卡。

保險對象：　　（簽章）
（法定）代理人：　　（簽章）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">健保局意見欄</td><td rowspan="2">□同意補發原卡。
□同更更改姓名。
□同意更改身分證號。
□</td><td colspan="2">台北分局醫務管理組</td></tr>
<tr><td colspan="2">經辦：</td></tr>
</table>

註：請檢附身分證明文件影本。