

聲 明 書

- 一、本人（係被保險人_____之眷屬）確實已於____年____月____日在健保局_____業務組轄區之_____（請填寫目前投保單位名稱）投保迄今仍在保，並確已依規定繳納全民健康保險費。
- 二、本人（係被保險人_____之眷屬）確實已繳納_____年_____月全民健康保險費，無欠費紀錄。
- 三、本人（係被保險人_____之眷屬）會儘速補辦加保（繳清欠費），因確實無力負擔醫療費用，請同意本次以健保身分就醫。

以上所述，如有不實，願負法律責任，特立此聲明為憑。

此致

行政院衛生署中央健康保險局

立聲明書人本人姓名：（簽章）

身分證統一編號：

（居留證）

通訊地址：

聯絡電話：

代理人姓名：（簽章）

關係：

身分證統一編號：

（居留證）

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國_____年_____月_____日

備註：本聲明僅供申請以健保身分就醫使用。