

臺北市兒童醫療補助資格重大傷病資料查詢授權申請書

茲因個人申請「臺北市兒童醫療補助資格」之需，同意授權由臺北市區健康服務中心向中央健康保險署台北業務組查詢保險對象_____【兒童】（身分證字號：_____，出生日期：_____年_____月_____日）之全民健康保險重大傷病證明受理編號、疾病診斷代碼、有效起迄日期及類別；本人或健康服務中心人員如將所查詢資料外洩或作為他用時，由本人或健康服務中心人員依法負責。

授權人簽名【父母或監護人】：

身分證字號【父母或監護人】：

戶籍地址：

與保險對象關係：_____日期：_____年_____月_____日

註：填寫完畢請傳真本授權書至戶籍所在地之12區健康服務中心，並可於上班時間向健康服務中心電話確認。

健康服務中心查詢人員_____（連絡電話_____）章戳：

中央健康保險署台北業務組 電話：(02)2348-6771、(02)2348-6772

傳真：(02)2382-5383； 受理編號：_____ 有效起迄日：_____

區別	傳真號碼	洽詢電話	區別	傳真號碼	洽詢電話
松山區健康服務中心	2749-2573	2767-1757	萬華區健康服務中心	2332-3514	2303-3092
信	2722-7365	2723-4598	文	8661-8177	2234-3501

義區健康服務中心			山區健康服務中心		
大安區健康服務中心	2735-7653	2733-5831	南港區健康服務中心	2789-2237	2782-5220
中山區健康服務中心	2505-9464	2501-4616	內湖區健康服務中心	2793-2163	2791-1162
中正區健康服務中心	2391-8010	2321-5158	士林區健康服務中心	2883-0524	2881-3039
大同區健康服務中心	2593-0712	2585-3227	北投區健康服務中心	2821-7389	2826-1026

疾病診斷代碼：

重字類別：☐重大傷病☐罕見疾病