

彰化縣身心障礙者參加社會保險 媒體交換機制申請書

☐ 不列入  
☐ 列入恢復

申請日期：      年      月      日      編號：

|                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|-----------|--|--|
| 身心障礙者                     | 姓      名                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        | 出生<br>年月日 |  | 身分證<br>字號 |  |  |
|                           | 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |
|                           | 身障等級                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度                                       |           |  |           |  |  |
|                           | 戶籍地址                                                                                                                                                                                                                            | 彰化縣_____鄉鎮市_____                                                                                                                                       |           |  |           |  |  |
|                           | 通訊地址                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 同戶籍地<br><input type="checkbox"/>                                                                                              |           |  |           |  |  |
|                           | 參加社會保險別                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)可複選    |           |  |           |  |  |
|                           | 簽      章                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |
| 代理申請人<br>(如為身障者<br>請填同上)_ | 姓      名                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        | 身分證<br>字號 |  |           |  |  |
|                           | 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |
|                           | 通訊地址                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |
|                           | 與身障者<br>關係                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他(請註明) _____ |           |  |           |  |  |
|                           | 簽      章                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |
| 申請事項<br>(請打 V)            | <input type="checkbox"/> 本人同意自 _____ 年 _____ 月起個人身障資料不列入媒體交換機制，放棄各項社會保險減免自付額補助，並於恢復保險列入交換機制後，不追溯放棄減免期間之保費自付額補助。<br><br><input type="checkbox"/> 本人因 _____ 恐影響本人權益，同意自 _____ 年 _____ 月起個人身障資料不列入媒體交換機制，並同意彰化縣政府依補助期程補助保險自付額減免部分。 |                                                                                                                                                        |           |  |           |  |  |

郵局帳戶：局號：

帳號：

※ 附註：

1. 申請時請檢附身分證、身障手冊或證明正反面影本及郵局存簿封面影本。
2. 補助期程：自申請不列入媒體交換當月起補助，1 月份至 6 月份保險費補助於當年度 9 月份月底前撥付，7 月份至 12 月份保險費補助，於次年 4 月底前撥付。