



# 設籍前外籍配偶健保費補助




## 補助對象：

低收入戶或中低收入戶之設籍前外籍配偶(含大陸及港澳地區)，且符合參加全民健康保險者。



## 申請人：

- 一、低收入戶、中低收入戶之本國籍配偶。
- 二、如本國籍配偶死亡，或失蹤經向警察機關報案協尋未獲達六個月以上或持有保護令、出示警政、社政機關介入處理及其他經保險人認定證明文件之家庭暴力被害人，其家庭為低收入戶或中低收入戶，得由外籍配偶本人提出申請。



## 如何申請補助？

申請人填具「設籍前外籍配偶補助全民健康保險自付保險費申請表」並檢附相關證明文件，向衛生福利部中央健康保險署各分區業務組或各聯絡辦公室提出申請(可郵寄申請)。

- 設籍前外籍配偶補助全民健康保險自付保險費申請表(詳背面)
- 申請人國民身分證影本(正反面)
- 外配居留證明文件影本(正反面)
- 申請人之戶口名簿影本
- 符合社會救助法之低收入戶或中低收入戶證明文件
- 其他，如保護令、失蹤報案證明文件等




## 補助額度：經審核通過，可獲得下列補助

- 一、低收入戶之設籍前外籍配偶，補助全額自付健保費。
- 二、中低收入戶之設籍前外籍配偶，補助1/2自付保險費。



## 補助期間：

- 一、符合資格者，自申請當月起，補助至當年度12月底止。
- 二、本補助案均至當年度12月份截止。受補助者如已取得本國籍資格，即停止補助。



歡迎逕洽健保署各地分區業務組了解詳情。

免付費諮詢電話：0800-030598

## 設籍前外籍配偶補助全民健康保險自付保險費申請表

壹、基本資料：一、申請人：_____		健保署受理單位填寫			
二、聯絡電話：_____ 三、行動電話：_____		案號：_____			
四、戶籍地址：_____		受理日：_____年_____月_____日			
□□□ _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里)		檢具附件共 _____ 件			
_____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓					
五、通訊地址：□同戶籍地址 □另列如下		分區業務組代號：_____			
□□□ _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里)		投保單位代號：_____			
_____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		備 註：_____			
六、婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		<input type="checkbox"/> 1 北市 <input type="checkbox"/> 2 高市 <input type="checkbox"/> 3 新北市 <input type="checkbox"/> 4 台灣省 <input type="checkbox"/> 5 金門、連江 <input type="checkbox"/> 6 桃園縣 <input type="checkbox"/> 7 臺中市 <input type="checkbox"/> 8 臺南市			
貳、全家人口及經濟狀況					
稱謂	姓 名	出生日期			備 註
	身分證統一編號 (居留證號)	年	月	日	
申請人					已經直轄市、縣(市)政府核定為： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶
配偶					
申請人(簽名或蓋章)：_____ 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
<b>代申請委託(授權)書</b>					
本人(即申請人)：_____【簽名或蓋章】茲已瞭解並將有關申請「設籍前外籍配偶補助全民健康保險自付保險費」資格相關事宜					
委託(授權)受委託人：_____【簽名或蓋章】(關係：為申請人之_____)					
代為申請，如有糾紛，概由本人與受委託人自行負責。 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
健保署 審核 單位 填寫	業務組/案號：_____ 承辦：_____ 複核：_____				

- 註：1. 申請人應該主動正確提供本項補助審查所需戶籍等相關資料並親自簽名蓋章。102.7.23 修訂
2. 臨櫃申請者應出示身分證明文件正本供受理人員查驗；委託他人代辦時，則須出示申請人及受委託人雙方身分證明文件正本供受理人員查驗。