



## 個人資料提供同意書



衛生福利部中央健康保險署東區業務組為辦理「110年愛心專戶專案-協助申請花蓮縣衛生局公彩計畫弱勢家庭欠費案」，欲瞭解被保險人健保加保情形及健保欠費情形，而蒐集、處理及利用臺端下列所提供之個人資料，以便後續服務聯繫、確認補助資格及相關資料分析(如性別、年齡及人口分布等)等相關用途使用。

不同意

同意，並填具下列資料：

被保險人姓名		出生年月日	
身分證字號		聯絡電話	
通訊地址			

立書同意人：

(簽名)

法定代理人簽名：

(簽名)(如被保險人未成年需法定代理人簽名)

中華民國 年 月 日



衛生福利部中央健康保險署東區業務組 關心您