





臺中市失蹤協尋特徵資料卡

案號	P10907BW9J1SSHT		基本資料		相片正本		
走失時間及地點	臺中市西屯區西安里漢翔路 220 號						
姓名 (自稱或暫取)	自稱「渡邊專十郎」						
性別	男性	年齡	約 75 歲				
身高	165	體重	50 公斤				
特徵	右腳指截肢、左腳黑化						
衣著	黑色上衣、藍白拖鞋						
語言	日語						
其他資料 (如安置日期等)	109 年 07 月 23 日緊急安置於收容單位						
連絡人		聯絡人		電話			
主管機關	臺中市政府 社會局	聯絡人		電話 04-22221527#105 彭社工員			

處理身分不明者案件通報單

e化案號： P10907BW9J1SSHT

(於輸入資料建檔，電腦配賦編號後填註)

輸入類別		待查身份									
對象種類		失智老人									
身分不明者被發現當時其衣著狀況及特徵	性別	男	年約	70 歲	血型						
	上衣	黑色	褲裙	無	鞋	藍白拖	身高	165 CM	體重	50 KG	
	視力	模糊					聽力	重聽			
	痣(疤)位置	無					心智特徵	智語能障礙			
	肢體狀況	右腳指截肢、左腳黑化									
	語言	日文					體型	瘦矮			
發現時間	109年07月22日17時00分					發現者	姓名	李明修			
發現地點	臺中市西屯區西安里漢翔路路220號						電話				
通報單位	臺中市政府警察局第六分局西屯派出所					通報日期	109年07月22日				
	承辦人	柯侑承				聯絡電話	0427012717				
轉介安置原因	迷失老人無居住處所，且身上有傷					安置日期	109年07月22日				
安置單位	臺中市社會局					承辦人	彭星融				
						聯絡電話	042221527				
更新資料											
身分已明	姓名					出生日期	身分證或其他編號				
輸入站址	SH3L87WL										
輸入者姓名	柯侑承			輸入時間	109年07月22日22時05分						

甲聯 送安置單位

297 102. 20
 102. 20
 102. 20
 102. 20

全民健康保險第五類保險對象投保申報表

表號：承表 I

投保單位代號 510002169

收 件 章		分區業務組				業 務 組	
		民國	年	月	日	申報	號表
委託安置的縣市政府代碼 (如說明二)		核定日期 (健保署填寫)		備 註			
安插於社福機構日期		核生效日期 (健保署填寫)					
安插於社福機構日期		年	月	日			
低收核定文號		戶 入 文 號					
姓名	國民身分證統一編號 (居留證號碼)	出生年月日 (民前出生者請加註「-」)					
渡邊專十郎		0340407	年	月	日		
			年	月	日		
			年	月	日		
			年	月	日		
			年	月	日		
			年	月	日		
			年	月	日		

一、本表供第五類保險對象辦理投保時填用，由投保單位填寫 1 份送衛生福利部中央健康保險署分區業務組，影印 1 份留存備查。
如係受委託安置低收入戶的公私立社會福利機構，則應影印本表 2 份，1 份送主管縣(市)政府備查，1 份留存備查。

二、公私立社會福利機構申報第五類保險對象投保時，請依下列規定填寫委託安置的縣市政府代碼：

縣市別	台北 市	台北 市	台中 市	台南 市	嘉義 市	新北 市	桃園 市	新竹 縣	宜蘭 縣	苗栗 縣	彰化 縣	南投 縣	雲林 縣	嘉義 縣	屏東 縣	澎湖 縣	花蓮 縣	台東 縣	金門 縣	連江 縣		
代碼	01	02	11	12	17	21	22	31	32	33	34	35	37	38	39	40	43	44	45	46	90	91

三、本表請以掛號郵寄(請將掛號執據貼於存底聯保存)或派人專送。


投保單位名稱：臺中市政府社會局

通訊地址：臺中市南區合作街 6 號 2 樓

電話：04-22221527 轉 105

負責人：彭懷真 (印章) 經辦人：

單位圖記 或 印 信



填表範例

健 保 署 填 用	
受理	資料 校對
歸 檔	資料 鍵錄
批 頁 號	