

宜蘭縣政府辦理

「65歲以上未滿70歲中低收入老人全民健康保險自付保險費補助」 民眾退費申請表

姓名(請簽名)：

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

申請退費原因：請勾選下列選項。

重複繳款：溢繳期間 年 月至 年 月。

身份追溯：溢繳期間 年 月至 年 月。

其他：

年 月 日