



居住於內地的澳門特別行政區居民醫療保險津貼申請表

參保人身份資料			
參保人姓名			
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
澳門居民身份證編號		港澳居民居住證編號	
(如適用) 法定代理人姓名			
法定代理人證件編號		與參保人關係	
通訊住址			
聯絡電話	(固定)	(手機)	
參保人身份類別 (請在 <input type="checkbox"/> 選擇項中打“√”)： <input type="checkbox"/> 10歲或以下未成年人 <input type="checkbox"/> 65歲或以上成年人 <input type="checkbox"/> 中、小學學生 <input type="checkbox"/> 具備第9/2011號法律規定的申請發放殘疾津貼及提供免費衛生護理服務的要件的殘疾人士			
澳門銀行帳戶資料			
澳門銀行名稱			
澳門銀行帳戶號碼			
聲明			
1. 參保人聲明自願加入內地《基本醫療保險》制度，願意提供以上資料予內地相關部門轉交澳門特別行政區政府衛生局，以作為申請醫療保險津貼之用，並同意以銀行轉帳方式將相關津貼存入上述所指的澳門銀行帳戶。 2. 參保人聲明所填寫的內容全部屬實，並承諾在資料變更或保險合同終止時及時向內地醫療保障局和澳門特別行政區政府衛生局申報。			
參保人/法定代理人簽署			
申請日期：_____年_____月_____日			
* 若作出虛假聲明，澳門特別行政區政府衛生局有權要求退回不當收取的款項，且不影響按適用法例的規定承擔其他責任。			
須附同的文件			
1. 參保人需提供澳門居民身份證影印本，倘有法定代理人，須同時提供相關的身份證影印本； 2. 港澳居民居住證影印本； 3. 澳門特別行政區銀行發出的載有利害關係人姓名及銀行帳戶號碼的文件影印本； 4. 已支付保費的證明文件； 5. (如適用) 社會工作局發出的殘疾評估及有需要取得醫療保險津貼的證明。			