

社團法人新北市醫師公會
年度
會員健康檢查補助審核表 編號

會員： 性別： 會號： 出生年月日：		
項目	補助款	核定
健檢費伍仟元至壹萬元	壹仟元	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過（原因： ）
健檢費壹萬元（含）以上	貳仟元	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過（原因： ）
健檢收據醫院名稱：		醫院 金額：
支付支票號碼：		
簽核：		
常務理事：		總幹事：

理事長

常務理事

總幹事

會計

申請人資料（請詳填）

姓名： 性別： 會號： 簽章：

出生年月日： 身分證字號：

通訊地址：

院所名稱： 電話：

申請項目：

健檢費伍仟元至壹萬元

健檢費壹萬元（含）以上

※須檢附健檢收據影本

中華民國 年 月 日