

衛生福利部中央健康保險署健保志工申請表

申請日期： 年 月 日

編號：

姓名：	性別：	出生日期：	年	月	日
身分證號：	職業：	學歷：			
戶籍地址：	縣	鄉鎮	里村	路	巷
	市	區	鄰	段	弄
					號之樓
通訊地址：	縣	鄉鎮	里村	路	巷
	市	區	鄰	段	弄
					號之樓
住家電話：	照片黏貼處				
行動電話：					
專長：					
辦理意外保險	與受益人關係：				
受益人姓名：					
可通語言：	<input type="checkbox"/> 國語	<input type="checkbox"/> 閩南語	<input type="checkbox"/> 客語	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 日語
	<input type="checkbox"/> 其他：				
工作經驗：					
志工經驗：					

可服務時段 <input type="checkbox"/> 聯服 <input type="checkbox"/> 投服	星期(請勾選可以的時段)				
	一	二	三	四	五
8:30-11:30					
11:30-14:30					
14:00-17:00					

參加志願服務者，需完成內政部規定之志工基礎訓練課程取得合格證書，經保險人各運用單位通知發給志願服務證後，始得為保險人志工。

填妥表格請 e-mail 至 B111354@nhi.gov.tw 或傳真至(02)2331-3540

承辦人:詹小姐收

~歡迎加入健保志工, 共同打造健康台灣~