

附件

國民健康署18歲(含)以上具原住民身分 且參與戒菸治療服務聲明書

【本戒菸治療服務經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

立聲明書人_____（以下簡稱本人），因為
_____之原因，無法出具原住民證明相關
文件，茲聲明本人具原住民身分且有戒菸行為及參與戒菸治
療。上述聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：(簽章)

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

備註：本資料請合約醫事機構留存於「戒菸服務補助計畫個案紀錄表」
中（視同病歷一部分）。

張貼公告欄

衛生福利部國民健康署 公告



發文日期：中華民國104年9月15日
發文字號：國健教字第1040701198號
附件：

主旨：公告本署醫事機構戒菸服務補助計畫新增「原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者」之部分負擔代碼為907，自104年11月1日起實施。

公告事項：本署戒菸服務合約醫事機構自104年11月1日開始辦理原住民於非山地離島地區就醫，免藥品部分負擔之優惠服務，並請合約醫事人員檢視接受戒菸服務原住民之戶口名簿或戶籍謄本。

署長邱淑媿