

郵 局 存 證 信 函 用 紙

副
正
本

郵 局 號	〈寄件人如為機關、團體、學校、公司、商號請加蓋單位圖章及法定代理人簽名或蓋章〉 姓名： 印 一、寄件人 詳細地址： 姓名：中央健康保險局 二、收件人 詳細地址：台北市大安區 10634 信義路三段 140 號 副 本 三、收件人 姓名： 詳細地址： (本欄姓名、地址不敷填寫時，請另紙聯記)
--------------	---

格 行	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
一	本	人				身	份	證	字	號										
二	拒	絕	中	央	健	康	保	險	局	將	貴	局	所	蒐	集	之	本	人	健	保
三	資	料	釋	出	給	第	三	者	，	用	於	健	保	業	務	以	外	之	目	的
四	限	貴	局	兩	週	內	以	存	證	信	函	方	式	回	覆	本	人	相	關	措
五	施	。																		
六																				
七																				
八																				
九																				
十																				

本存證信函共 1 頁，正本 1 份，存證費 元， 副本 2 份，存證費 元， 附件 張，存證費 元， 加具副本 份，存證費 元，合計 元。	黏	貼
經 郵局 年 月 日證明 正本內容完全相同 郵戳 經辦員 主管 印	郵 票 或 郵 資 券	
備 註 一、存證信函需送交郵局辦理證明手續後始有效，自交寄之日起由郵局保存之副本，於三年期滿後銷燬之。 二、在 頁 行第 格下 塗改 增刪 字 如有修改應填註本欄並蓋用 寄件人印章，但塗改增刪 每頁至多不得逾二十字。 三、每件一式三份，用不脫色筆或打字機複寫，或書寫後複印、影印，每格限書一字，色澤明顯、字跡端正。	處	

