

正本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府衛生局 函

701
台南市林東區林森路一段132號15樓之6

地址：73064臺南市新營區東興路163號
承辦人：張心怡
電話：06-6357716#270
電子信箱：hp85@tncghb.gov.tw

受文者：台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國102年6月7日
發文字號：南市衛國健字第1020101869號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：18歲以上至未滿30歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查聲明書

裝

主旨：檢送「國民健康局18歲以上至未滿30歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查聲明書」乙份(如附件)，惠請協助轉知各醫師於提供口腔黏膜檢查服務時使用，請查照。

說明：

訂

- 一、依據102年6月5日行政院衛生署國民健康局國健癌字第1020301203號函辦理。
- 二、為提升原住民健康，行政院衛生署國民健康局102年5月17日公告修正並於102年6月1日生效之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」新增18歲以上至未滿30歲嚼檳榔原住民為2年1次口腔黏膜檢查之補助對象。
- 三、為提升前揭補助對象接受服務之便利性，請 貴院(所)如遇受檢原住民無法出示戶口名簿確認其身份別之情形，可填具「國民健康局18歲以上至未滿30歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查聲明書」，即可辦理受檢事宜，並須將聲明書正本留存於病歷中備查。

正本：台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院、志誠醫院、永川醫院、永和醫院、行政院衛生署新營醫院、行政院衛生署臺南醫院新化分院、行政院衛生署胸腔病院、高雄榮民總醫院臺南分院、奇美醫療財團法人佳里奇美醫院、洪外科醫院、台南市立醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、奇美醫療財團法人

102.6.10		收文
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	彙辦
存查	轉知	擬辦
書面		辦
簽名		名

國民健康局 18 歲以上至未滿 30 歲具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為之口腔黏膜檢查聲明書

立聲明書人_____ (以下簡稱本人)，
因為_____之原因，故無法出具原住民證明相關文件，
茲證明我具原住民身分且有嚼(戒)檳榔行為，本人聲明全部屬實，如
有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：_____ (簽章)

身分證字號：_____

通訊地址：_____

聯絡電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。