健保自付保險費繳費證明（請交由投保單位開立）

茲證明臺中市_____（區）_____先生（女士）自_____年_____ 月至 _____年 _____月份繳納全民健康保險保險費自付額每月新臺幣　　元，合計新臺幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整，無訛。

此致

臺中市政府社會局

公司名稱：　　（用印）

負責人：　　（蓋章）

投保單位代號：

地址：

電話：

中　華　民　國　　年　　月　　日