

親愛的病友，您好：

為加強服務罕病病友，特邀請您加入罕見疾病病患家庭所組成的「螢火蟲家族」，請填寫這份表格並寄回，工作人員將在確認您符合本會服務的罕見疾病範圍後，與您聯絡並免費提供您多項專業服務！

您填寫的所有資料都會受到嚴密的保護，僅作為本會人員提供服務的參考，請您放心填寫。若您不方便書寫，可請他人根據您的想法作答。完成之後，麻煩您①反摺②封口③免貼郵票④投入郵筒寄回。

如果有任何疑問或建議，歡迎與我們聯絡。

財團法人罕見疾病基金會 病患服務組

電話：(02) 2521-0717 分機 161~167

傳真：(02) 2567-3560 地址：104 台北市中山區長春路 20 號 6 樓

E-mail：ps35@tfrd.org.tw / 網站：www.tfrd.org.tw

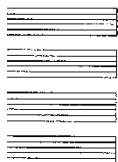
請將此面向外，沿線摺疊後免貼郵票寄回。

104-50

台北市中山區長春路 20 號 6 樓



財團法人罕見疾病基金會 收



廣告
台北郵局登記證
台北證字第 3326 號



財團法人罕見疾病基金會

病友資料表

(本欄由工作人員填寫)

病友編號：_____

填表日期：____年____月____日

病友姓名：		性別： ☐ 男 ☐ 女	生日： 年 月 日		身分證字號：	
戶籍地址：□□□				電話：()		
				傳真：()		
通訊地址：□□□				手機：		
				e-mail：		
病友疾病名稱 中文：		病友已具備的福利服務項目：				
		☐ 全民健保 ☐ 重大傷病卡，病名： ☐ 身心障礙證明，類別：_____；等級： ☐ 身心障礙者生活津貼：每月_____元				
英文：(請參考診斷證明或重大傷病卡)		☐ 遲緩兒童療育補助(每月訓練費_____元；交通費_____元) ☐ 中低收入戶生活補助，每月補助_____元整 ☐ 其他(例如保險，請說明：_____)				
身分別： ☐ 一般(無以下身分) ☐ 獨居 ☐ 單親家庭 ☐ 原住民(族) ☐ 外籍人士(國籍)						
病友的家庭成員(以居住在同一地方的親屬為主，不足則請寫在背面)						
稱謂	姓名	出生(年月日)	學歷	職業	聯絡電話	健康狀況
病友的兄弟姊妹情況：(不含自己)		病友的婚姻情況：			病友生育子女數：	
☐ 沒有 ☐ 有____位，罹病____位		☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶			☐ 沒有 ☐ 有____位，罹病____位	
☐ 已畢業(學校/科系：_____)						
病友的教育現況： ☐ 尚未就學(因為： ☐ 年齡未到 ☐ 無法就學 ☐ 其他：_____)						
☐ 在學(學校/科系：_____)						
☐ 就業中(職業：_____)						
病友的就業現況： ☐ 未就業(因為： ☐ 年齡不適合 ☐ 在學 ☐ 家庭 ☐ 其他原因：_____)						
☐ 需要就業協助(說明：_____)						

(本處由工作人員填寫)

收件日期/簽章：

建檔日期/簽章：

病友家庭的主要經濟提供者：

☐病友本身 ☐父親 ☐母親 ☐配偶 ☐兄弟姊妹 ☐其他（來源：_____）

病友家庭的主要經濟提供者現在的就業情形：

☐就業中 ☐未就業

病友的主要照顧者：☐父親 ☐母親 ☐兄弟姊妹 ☐配偶 ☐子女 ☐自己 ☐看護 ☐其他：

姓名／聯絡電話、手機：

病友是否接受過本會醫療補助或生活救助：

☐沒有 ☐有，接受補助項目為：

☐醫療補助：_____次，共_____元
（接受補助日期：_____）

☐生活救助：_____次，共_____元
（接受補助日期：_____）

病友是否接受過其他單位補助：

☐沒有 ☐有，補助單位/項目/金額如下：

單位名稱	補助項目	金額
1		
2		

病友是否已經加入任何社會福利團體或病友團體：

☐沒有 ☐有，團體名稱：1. _____ 協助項目：
2. _____ 協助項目：

病友或家屬是否希望收到本會的會訊或疾病衛教單張：☐是 ☐否

病友或家屬方便聯絡時間：

☐上午，_____時段； ☐下午，_____時段； ☐晚上，_____時段；
☐假日，_____時段； ☐其他：

病友或家屬配合本會宣導活動而接受傳播媒體採訪的意願：☐願意 ☐不願意

病友或家屬目前需要協助的困擾：（可複選，並請儘量說明）

☐疾病治療的相關問題（請說明：_____）

☐疾病的藥物及營養品問題（請說明：_____）

☐社會福利問題（☐重大傷病卡取得問題、☐身心障礙證明取得問題、☐其他_____）

☐早期療育相關問題（請說明：_____）

☐就學相關問題（請說明：_____）

☐就業相關問題（請說明：_____）

☐安養相關問題（請說明：_____）

☐情緒、心理相關問題（請說明：_____）

☐生活、經濟相關問題（請說明：_____）

☐其他（請說明：_____）

病友的主治醫師群：（請儘量填寫，可註明各醫院或科別的醫師）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

主治醫師：_____ 醫院名稱/科別：_____ 醫院 _____ 科 聯絡電話：（ ）

復健、物理治療等機構（請儘量填寫，如果沒有就省略）

機構名稱：_____ 協助內容：_____ 聯絡電話：（ ）

機構名稱：_____ 協助內容：_____ 聯絡電話：（ ）

病友的疾病過程描述：（請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助）

發病時間：

發病過程：

目前症狀：

病友目前的疾病醫療情形：（請您儘量填寫，或洽本會工作人員協助）

就醫情形（治療、用藥等）：

其他情形（營養控制、復健）：

病友有使用特殊藥品需求：

☐沒有 ☐有，藥名：

病友有食用特殊營養品需求：

☐沒有 ☐有，營養品名：

您有話想說：（歡迎自由抒發……）

※務必提供疾病診斷證明書，以初步確認疾病是否符合本會服務範圍※

證件黏貼表

請您提供「診斷證明書」影本和以下證件影本，讓我們以後能提供正確的疾病知識及適合的服務給您；

另外，為讓工作人員能認識您，也請您儘量能夠提供一張照片，好讓我們能透過照片認識您。

【重大傷病卡】正面影本 黏貼處 若重大傷病卡已註記於 IC 卡時， 請附重大傷病核定審查通知書影印本	【身障手冊/證明】正反面影本 黏貼處 請浮貼
【近期生活照或二吋半身照】 黏貼處	

備註：「診斷證明書」（影本）請裝訂在後

說明：(1) 本表由病友填寫。(2) 工作人員在初步確認疾病符合本會服務範圍後提供本表，該病類負責社工員收件後，應編號、歸檔、鍵入資料庫，並進行需求評估。

【罕見疾病基金會慈善微型保險同意書】

親愛的罕病朋友，您好：

由於健康的因素，罕見疾病的朋友們往往被一般商業保險視為具有較高風險而拒絕承保。本會秉持著「病友找不到的保險，我們幫他們找到」的信念，於 2012 年推出罕見疾病基金會慈善微型保險方案，替大家統一納保，保費由本會全額補助，希望能使病友們有多一層的保障。

☛ 對象：本會服務之罕病病友（僅針對病友，不含家屬；未加入者可隨時免費加入）

☛ 保險公司：泰安產物保險公司

☛ 保險內容：

(1) 意外失能保險給付；

(2) 意外身故保險給付；

(3) 未滿 15 足歲意外失能保險給付及意外身故喪葬費用。

☛ 保費：免費（由本會全額補助）

☛ 受益人：被保險人或法定繼承人

☛ 保險期間：

(1) 新申請者於每月 25 日前將同意書送達本會者，於次月開始保險。

(2) 每年自動續保者，至本方案結束、被保險人主動退保、或保險資格消失為止。

☛ 保險金額：30 萬

☛ 投保方式：請將下方之同意書回傳或郵寄回本會並來電確認，謝謝（一位病友需填一張同意書）。

請注意：未滿 15 足歲者，需同時簽立投保聲明書。

地址：104 台北市中山區長春路 20 號 6F（罕見疾病基金會 病患服務組收）

電話：02-2521-0717 病患服務組；傳真：02-2567-3560。

微型保險同意書

本人 被保險人 同意由罕見疾病基金會投保泰安產物保險公司之微型團體傷害保險，保費由罕見疾病基金會全額補助，並同意由罕見疾病基金會每年自動辦理續保。
本人已充分瞭解保險之內容，特立此同意書，以茲證明。

病友編號	請見信封上之編號，或由本會填寫		
生日	民國 年 月 日	身分證字號	
連絡電話			
郵寄地址	郵遞區號()		
代理人		病友簽名/ 代理人簽名	
代理人 身分證字號		代理人與 病友之關係	

1、病友未滿 20 歲或無法自行填寫時，請由代理人填寫並完整填寫粗框內資料。

2、未滿 15 歲者，請同時簽立投保聲明書如後，並檢附本同意書，一起回傳本會。

3、保單成立後，將郵寄保險證及保險理賠相關資料。

投保聲明書

附件 1

(未滿 15 足歲被保險人適用)

本人(要保人、被保險人及其法定代理人)瞭解並同意,如被保險人身故時未滿 15 足歲,則其所投保之人壽保險契(附)約及傷害保險契(附)約之喪葬費用保險金額總和(含本次及先前已投保者,且不限貴公司,以下同),將依下列方式辦理:

- 一、被保險人之壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約如於 109 年 6 月 12 日(含,以下同)以後所投保者,其喪葬費用保險金給付總和不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半〔註 1〕。超過部分貴公司不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 二、被保險人如有於 99 年 2 月 3 日(不含,以下同)之前投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約者,其喪葬費用保險金之給付依下列方式辦理〔註 2〕:
 - (一)99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金額大於或等於本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者,其喪葬費用保險金之給付依 99 年 2 月 3 日之前投保當時之契約約定辦理。而本次投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約,貴公司均不負給付責任,並依契約約定無息退還本次投保契(附)約之已繳保險費。
 - (二)99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金額小於本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者,本次投保之喪葬費用保險金給付加計 99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金給付總和,以本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半為限,超過部分貴公司不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 三、前二款情形,於投保投資型人壽保險者,貴公司依保單條款約定,按比例返還超過部分之已扣除保險成本,並將原投資部分之保單帳戶價值,按約定返還予要保人或其他應得之人。

此致

泰安產物保險(股)公司

要保人簽名: 財團法人罕見疾病基金會 要保人之法定代理人簽名: _____

✓ 被保險人簽名: _____ ✓ 被保險人之法定代理人簽名: _____

(未滿 7 足歲者,由法定代理人代為簽名;7 歲(含)以上未滿 20 足歲且未婚者,由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期:民國____年____月____日

〔註 1〕保險法第 107 條

以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約,除喪葬費用之給付外,其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲時始生效力。

前項喪葬費用之保險金額,不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半。

前二項於其他法律另有規定者,從其規定。

〔註 2〕範例

1. 未滿 15 足歲之被保險人於 109 年 6 月 12 日以後首次投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約,若被保險人身故時未滿 15 足歲,保險公司給付喪葬費用保險金不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半(現行為 61 萬 5 千元)。保險公司就超過部分不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
2. 未滿 15 足歲之被保險人於 99 年 2 月 3 日之前已投保 200 萬元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱 A 契約),又於 109 年 6 月 12 日後投保 61 萬 5 千元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱 B 契約),若被保險人於 109 年 6 月 12 日後身故且未滿 15 足歲,保險公司依訂定 A 契約時之契約約定給付喪葬費用保險金 200 萬元。保險公司就 109 年 6 月 12 日後投保 61 萬 5 千元喪葬費用保險金額之 B 契約不負給付責任,由保險公司依 B 契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。

本文件需簽名之欄位,已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名,且經保險業務員親視簽名無誤。

保險業務員簽名: _____

簽署日期:民國____年____月____日