桃園市政府衛生局
預立醫療決定簽署補助計畫
民眾參與全民健康保險計畫證明

茲證明_____先生/女士係衛生福利部

中央健康保險署計畫之收案對象（依收案類別勾選）：

☐全民健康保險居家醫療照護整合計畫

☐全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

醫療機構名稱：

（醫事機構印章）

中 華 民 國　　年　　月　　日