

2026 年聯邦醫療保險慢性病患者特殊補充福利(SSBCI)資格申請表

會員名字:	會員姓氏:	
會員ID編號:	出生日期:	計劃名稱(請查閱您的保險卡):

本人證明患有以下疾病之一: 勾選框

- **自身免疫性疾病**
 - 結節性多動脈炎
 - 乾癬性關節炎
 - 風濕性多肌痛
 - 皮肌炎
 - 硬皮症
 - 多發性肌炎
 - 類風濕性關節炎
 - 全身性紅斑狼瘡
- **癌症(不包括癌前病變或原位狀態)**
- **心血管疾病**
 - 心律不齊
 - 慢性心衰竭
 - 冠狀動脈疾病
 - 周邊血管疾病
 - 慢性靜脈血栓栓塞性疾病
- **慢性酒精或藥物依賴**
- **慢性及殘疾性心理健康障礙**
 - 雙相情感障礙
 - 重度憂鬱症
 - 偏執型障礙
 - 思覺失調症
 - 思覺失調情感障礙
- **慢性腸胃疾病**
 - 胰臟炎
 - 發炎性腸道疾病
- **非酒精性脂肪肝疾病**
- **B 型或 C 型肝炎**
- **慢性腎臟疾病**
 - 必須接受洗腎治療
- **慢性肺部疾病**
 - 氣喘(哮喘)
 - 慢性支氣管炎
 - 肺氣腫
 - 慢性阻塞性肺病(COPD)
- **與認知障礙相關的疾病**
 - 失智症
 - 阿茲海默症
- **糖尿病**
- **免疫缺陷和免疫抑制疾病**
 - 艾滋病/人類免疫缺陷病毒(HIV)
- **神經疾病**
 - 肌萎縮性側索硬化症(ALS)
 - 纖維肌痛症
 - 慢性疲勞症候群
 - 脊髓損傷
 - 癲癇
 - 腦性麻痺
 - 廣泛性癱瘓(如:偏癱、四肢癱、下肢癱、單肢癱)
 - 亨丁頓舞蹈症
 - 多發性硬化症
 - 帕金森氏症
 - 多發性神經病變
 - 脊椎狹窄症
 - 中風或相關神經系統缺損
- **器官移植後照護**
- **嚴重血液系統疾病**
 - 再生不良性貧血
 - 血友病
 - 免疫性血小板減少性紫斑症
 - 骨髓增生異常症候群
 - 鎌刀型紅血球疾病(不包括鎌刀型攜帶者)

如果您是受益人或授權代表,請勾選此框以確認上述申請。

如果是授權代表,請填寫以下資訊:

姓名:	電話號碼:
-----	-------

地址: