香港浸信會醫院醫療優惠計劃

香港浸信會醫院填寫

編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

收到表格日期：

完成處理資料日期：

香港浸信會聯會填寫

編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

收到表格日期：

浸聯會成員教會暨福音堂及合資格機構之

全職受薪員工記錄表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請類別：** | |  |
| * 參加計劃 | * 退出計劃 |  |
| * 新增家屬成員 | * 取消家屬成員 | **生效日期：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(必須填寫)** |
| * 退休 (已在教會/機構連續任職滿20年) | |

**（請在合適空格內加 🗸）**

教會／機構名稱：中文 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

英文 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

教會／機構電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**全職受薪員工（每人1份，電腦輸入）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **職 位**  **（請🗸選適用者）** | **中文姓名** | **英文姓名**  **( 必須與身份證上**  **所示完全相符 )** | | **性別** | **出生日期**  **（日-月-年）** | **身份證號碼** | **有否購買醫療保險**  **(包括個人/團體)** |
| □牧師/傳道/宣教士**\***  □職員 |  |  | |  | - - | （） | 有 / 無 **\*** |
| **手提電話號碼** |  | | **聯絡電郵** |  | | | |

(**\*** 請刪去不適用者)

**合資格家屬（配偶、未滿18歲之子女 及18至21歲全時間就讀子女#）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **關 係** | **中文姓名** | **英文姓名**  **( 必須與身份證上**  **所示完全相符 )** | **性別** | **出生日期**  **（日-月-年）** | **身份證號碼** | **有否購買醫療保險**  **(包括個人/團體)** |
|  |  |  |  | - - | （） | 有 / 無 **\*** |
|  |  |  |  | - - | （） | 有 / 無 **\*** |
|  |  |  |  | - - | （） | 有 / 無 **\*** |
|  |  |  |  | - - | （） | 有 / 無 **\*** |

(**\*** 請刪去不適用者)

**注意事項：**

1. 有關醫療優惠詳情，請參閱香港浸信會醫院醫療優惠計劃章則。
2. 每位員工須獨立填寫此表格，如表格不敷應用，可自行影印。
3. #18至21歲全時間就讀子女，需同時遞交全日制學生證副本。
4. 香港浸信會醫院收到**填妥完整資料之表格後之十二個工作天後**，員工及家屬方可享有醫療優惠。如表格資料不全，醫療優惠申請或會延誤。
5. 填妥之表格請寄**香港九龍彌敦道771-775號栢宜中心12樓**，聯會不接受傳真或電郵表格。

堂主任 / 機構負責人簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 教會 / 機構印章：

填表日期： 年 月 日