

**受資助社會服務機構醫療保險資助計劃  
機構聲明書**

本人\_\_\_\_\_（中文姓名）\_\_\_\_\_（外文姓名），持澳門居民身份證編號\_\_\_\_\_，職位\_\_\_\_\_，  
聯繫電話：\_\_\_\_\_，為\_\_\_\_\_機構負責人。

現作出聲明，所有載於本計劃申請表上之員工（機構員工總表）已向本機構提交個人聲明，聲明符合社會工作局規定獲得團體醫療保險資助的資格，該等聲明書已存於本機構備查。本機構所獲社會工作局資助金額將全數用於機構員工團體醫療保險。

---

聲明人簽名及機構蓋章

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日