



Supporting the Health & Personal Social Services in Northern Ireland

医疗名单和 / 或健康服务登记申请表

请以黑色大写字体填写。
勾选适合的选项。

A 部分：申请人资料

1. 称谓 先生 太太 小姐 女士 其他 请明确说明

2. 姓氏 3. 原姓氏

4. 名字

5. 出生日期 日 月 年 6. 出生国家

7. 男性 女性 8. 白天电话号码

9. 地址
.....
.....邮政编码.....

10. 欲为与上述人士同住的16周岁以下儿童登记，请填写下列资料

姓氏	*儿童有没有其他姓氏? 有 / 没有	名字 (完整的名字)	男性 / 女性	出生日期	出生国家

* 如任何儿童有其他姓氏，请填写GMF153表格并寄回给我们（表格可在医生处索取）。

11. 填写已选好的医生姓名及诊所地址（如有的话）

.....
.....邮政编码.....

12. 申请人在申请前是否已取得北爱尔兰地区的医疗卡？ 是 否

13. 北爱尔兰地区的旧址（如有的话）

.....
.....邮政编码.....

14. 北爱尔兰地区的之前看诊医生的姓名和地址（如有的话）

.....
..... 邮政编码.....

15. 申请人在申请前是否已取得英格兰、苏格兰或威尔士地区的医疗卡？ 是 否

16. 申请人在英格兰、苏格兰和威尔士地区的旧址（如有的话），以及居住日期

.....
..... 邮政编码.....
日期： 从 到

17. 英格兰、苏格兰和威尔士地区的之前看诊医生的姓名和地址（如有的话）

.....
..... 邮政编码.....

18. 申请人是否根据《1992年社会保险缴纳及福利（北爱尔兰）法案》的规定支付国民保险金？ 是 否

19. 如回答“是”，请填写国家社会保险号

--	--	--	--	--	--	--	--

20. 未支付保险金的申请人，其配偶或受赡养人是否根据《1992年社会保险缴纳及福利（北爱尔兰）法案》的规定支付国民保险金？ 是 否

21. 如回答“是”，请提供有关该名人士的资料：

a. 姓名

b. 地址

.....
..... 邮政编码.....

c. 与申请人的关系

d. 国家社会保险号

e. 出生日期

22. 如申请人目前没有就业，是否已向北爱尔兰地区的社会保险办公室登记为“求职者”？ 是 否

23. 如回答“是”，请提供申请人使用的社会保险办公室地址

.....
..... 邮政编码.....

24. 申请人是否自出生之日起便常年居住在英国 (United Kingdom)? 是 否

25. 如回答“否”，请填写离开英国的日期（如适用）

26. 填写最近一次进入英国的日期

27. 请填写进入英国前的最后固定地址

.....
..... 邮政编码.....

28. 您在上述地址居住的大概起止日期： 从 到

29. 进入英国的理由

.....

- 如以寻求政治庇护者的身份进入，请随本表格附上您已向内政部的移民局递交申请以成为政治庇护者的相关证据。
- 对于其他来自非欧洲国家的申请人，我们需要一份您的签证或UK护照的副本，以及您的工作许可证的副本（如适用）。

30. 如申请人是一名教师、学生、语言助教、交换老师、实习护士或医院医生，请说明其服务的大学、学院、学校或医院的名称和地址，以及说明其从事的职位

.....

31. 申请人是否打算永远居住在英国？ 是 否

32. 如回答“否”，请说明申请人从申请之日起打算留在英国的期限（只填写“不清楚”是不够的）。

请提供申请人打算逗留的月数 / 年数，或您预期出境的日期。**以学生身份入境的申请人**
请提供您的学程将于何时结束的月份和年份。请注意，您的注册会在您提供的出境日期之后被自动删除。如您的处境有所改变，请与中央服务局联系

33. 申请人是否仍保留英国境外的地址? 是 否

34. 如回答“是”，请说明原因

.....

B 部分：仅由从皇家军队退伍但没有获发退伍表或遗失退伍表的申请人填写

35. 原受雇单位

36. 在职服务号码 37. 退伍日期

如申请人自退伍日期起便逗留在英国境外，则必须填写A部分的问题26。

C 部分：声明（所有申请人必须签署）

38. 兹证明本人在本表格提供正确无误并完整的资料，本人明白如有错漏，会被采取相应的行动。

本人了解，中央服务局为防止、侦查和调查罪案可合法地向相关法定机关透露本表格中提供的个人资料。此外，本人也了解，为便于健康与护理服务机构促进其服务管理的原因，中央服务局须依照这些机构根据《1998年资料保护法》所发布的通知，向这些机构提供上述申请人的资料。
可向中央服务局资料保护协调员那里获取有关资料安全及保密等事宜的信息。地址：2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, 电话：028 9053 5549。

39. 签名 40. 日期

D 部分：由愿意向申请人提供医疗的的医生填写

本人愿意向已获得一般医疗服务的上述申请人（以及任何在A部分提及的16周岁以下儿童）提供医疗服务。

41. 医生签名 42. 日期

43. 医生职业登记编码

E 部分：自愿捐赠器官同意书

44. **NHS器官捐赠登记表（自愿填写）**

本人愿意提供个人资料，授权NHS器官捐赠处在本人离世后使用并移植本人的器官 / 组织。请勾选适用的选项。

- 本人的任何器官和组织，或者
- 肾脏 心脏 肝脏 角膜 肺脏 胰脏

申请人在加入登记册的同时，即明确表示愿意在离世后提供其器官和组织，以供移植或延长他人生命之用。欲获更多详情，请向接待处索取信息手册，或访问网站 www.uktransplant.org.uk，或拨打电话0845 60 60 400查询。

45. 患者签名 46. 日期
(本人确认同意器官 / 组织捐赠)

医疗名单 和 / 或健康服务登记申请表

中央服务局协助办理北爱尔兰地区的健康与社会服务患者的医疗登记申请

申请指南

申请人请在填表前仔细阅读以下内容。请注意，为确保进入医疗名单，申请人应将填妥的表格交给已选好的诊所等候认可。

须填写本表格的申请人

本表格必须由目前居住在北爱尔兰地区且有意以北爱尔兰健康服务患者的身份接受一般医疗和 / 或一般牙科、眼科医疗服务的申请者本人或其代表人填写（以下身份的申请人除外）。

不须填写本表格的申请人

- 找不到其有效的北爱尔兰地区医疗卡的北爱尔兰地区的常住居民，或者直接由英格兰、苏格兰或威尔士地区移居到北爱尔兰且持有医生登记的HS200表格的人士。该表格可向任何诊所或以下地址索取。
- 持有在登记出生时由登记员签发的婴儿登记表（HS123）的人士。如找不到婴儿登记表（HS123）的原本，应向行政区域注册办公室索取副本。
- 持有从皇家军队退伍时签发的FP13表格的人士。

为确保进入医疗名单，申请人应将填妥的表格交给已选好的诊所等候认可。

16周岁以下儿童

本表格可用于与申请人同住的16周岁以下儿童的登记，儿童的全名和出生日期必须填写在表格的A部分。

如申请人想进入医疗名单，则应把本表格递交给已选好的诊所。其它任何情况，申请人应把本表格寄到以下单位：

The Director of Family Practitioner Services
Central Services Agency
2 Franklin Street
Belfast
BT2 8DQ

如希望您的姓名出现在NHS器官捐赠册上，请填写E部分的声明。

请注意，除非有意永久留在英国，申请人必须提供打算逗留多久的资料；否则，我们无法处理您的申请。