



Healthcare Identifiers Service

申请Individual Healthcare Identifier 或修改Individual Healthcare Identifier 登记资料 (MS003)

本份表格用途

如果你(或是你对其负有父母养育责任且年龄未满14岁的儿童)需要申请Individual Healthcare Identifier (IHI), 同时又有以下情况, 可以使用本份申请表格:

- 你没有资格享受Medicare全民医疗保险;
- 或你没有资格申领养老金或Department of Veterans' Affairs (DVA) 发放的福利金。

如果你已经有IHI或属于以上一类人士, 你也可以使用此申请表修改本人(或由你养育的子女)的个人资料。

年满和超过14岁的人士可以使用本表申请IHI。

你提出申请时必须身处澳大利亚境内。

重要注意事项

申请结果将以书信方式通知你。

Healthcare Identifiers (HI) Service

HI Service为个人以及医疗卫生机构提供统一的用户识别码。建立医疗卫生服务用户识别码的目的是确保接受治疗的人士能够与正确的病历记录相匹配。这一系统旨在改善医疗卫生机构之间共享信息的准确性。

阅读*Healthcare Identifiers Act 2010*可以浏览www.legislation.gov.au

Individual healthcare identifiers (IHI)

IHI是一个由16位数字组成的独一无二的号码组合, 用于识别任何一名向澳大利亚医疗卫生机构获取服务的个人。

这个识别号码与个人临床病历没有关系。即使你不记得IHI, 也仍然可以获得医疗卫生服务。

如果IHI申请人年龄未满14岁, 他们的识别号码记录将使用申请人的父母或监护人的地址建立。

My Health Record

My Health Record是一个在线信息档案系统, 记载每个人的健康资料概要。个人和医疗卫生机构均可随时访问查阅其中的记录。

在以下情况下你可以建立My Health Record:

- 获取IHI之后为本人建立记录档案;
- 或在为未满14岁的儿童获取IHI之后为他们建立记录档案。

了解My Health Record的详情可以浏览digitalhealth.gov.au

证明个人身份

每一名申请IHI或申请修改个人资料的人士都必须提供**1份**第一类证明文件的认证副本或**2份**第二类证明文件的副本。所有文件中的姓名必须完全相同。此外, 你提供的证明文件必须是有效的。

如果你提供以下各类文件, 文件副本必须已经获得认证。了解如何认证文件副本可以浏览servicesaustralia.gov.au/hi

第一类证明文件

- 澳大利亚护照
- 附有澳大利亚有效签证的外国护照或旅行许可证件
- 澳大利亚驾驶执照
- 联邦、州或领地政府颁发的带有本人相片的身份证
- 澳大利亚出生证

第二类证明文件

- Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) 颁发的联合国公约旅行证件
- 驾驶执照等由外国政府颁发的官方证件
- 澳大利亚授权机构颁发的带有本人相片的保安人员或人群控制人员执照
- DFAT颁发的带有本人相片的领事团身份证
- 澳大利亚高等院校颁发的带有本人相片的学学生证
- 澳大利亚中学颁发的带有本人相片的学学生证
- 澳大利亚大学出具的成绩单(须经认证)
- 澳大利亚银行或金融机构发放的银行卡

如果你需要修改本人或你的子女的地址或电话等联系方式以外的个人资料, 则还必须提供以下一种已获认证的证明文件:

- 更名证书
- 结婚证
- 注册医生或注册心理学家出具的性别证明
- 澳大利亚护照
- 附有澳大利亚有效签证的外国护照或旅行许可证件
- 由州或领地官方机构出具并明确注明申请人性别的出生证
- 由州或领地的Births, Deaths and Marriages登记处出具的更改性别或性别认可的文件。例如: Gender Recognition Certificate 或Recognised Details Certificate。

For more information

You can:

- go to **servicesaustralia.gov.au/ihl**
 - email **healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au**
- There may be risks with sending personal information through unsecured networks or email channels.
- call **1300 361 457** for help or to ask for a free interpreter service. Monday to Friday, 8:30 am to 5 pm, Australian Eastern Standard Time.
- Call charges may apply.

Filling in this form

You can complete this form on your computer, print and sign it.

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Where you see a box like this **Go to 1** skip to the question number shown.

Applicant's details

1 Dr Mr Mrs Miss Ms Other

Family name

First given name

Second given name

2 Your date of birth (DD MM YYYY)

3 Individual Healthcare Identifier (if applicable)

 8 0 0 3 6 0

4 Your gender

Male
Female

5 Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Your previous residential address in the last 3 years

Postcode

6 Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

7 I would like to:

Tick one only

- get** an IHI for myself **Go to 11**
- get** an IHI for a dependent child
younger than 14 years of age **Go to 8**
- amend** my personal details for an existing IHI **Go to 10**
- amend** personal details for an existing IHI
connected to a child younger than
14 years of age **Go to 9**

Use separate forms if you need to select more than one option.



MCA0MS003 2304

Request an IHI for a dependent child

- 8 Do you have parental responsibility for this child(ren)?
- No As you do not have parental responsibility for the child(ren), you cannot request an IHI for them.
- Yes Give details

Child 1 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

Child 2 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

If you would like to request an IHI for more than 2 dependent children, provide a separate form.

▶ **Go to 11**

Request to amend personal details associated with your or your dependent child's IHI

Use separate forms if you need to amend personal details connected to more than one person.

9 Existing personal details

Dr <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	
Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Your residential address in Australia	<input type="text"/> <hr/> <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Your postal address in Australia (if different to above)	<input type="text"/> <hr/> <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Daytime phone number (including area code)	<input type="text"/>
Mobile phone number	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▶ **Go to next question**

10 New personal details (only provide details that have changed)

Dr <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	Mrs <input type="checkbox"/>	Miss <input type="checkbox"/>	Ms <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>
Family name					
<input type="text"/>					
First given name					
<input type="text"/>					
Second given name					
<input type="text"/>					
Date of birth (DD MM YYYY)					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gender Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>					
Your residential address in Australia					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Postcode					
<input type="text"/>					
Your postal address in Australia (if different to above)					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Postcode					
<input type="text"/>					
Daytime phone number (including area code)					
<input type="text"/>					
Mobile phone number					
<input type="text"/>					
Email					
<input type="text"/>					

► **Go to next question**

隐私保护声明

11 你的个人信息受到法律保护,包括 *Privacy Act 1988* 和 *Healthcare Identifiers Act 2010* 的保护。Services Australia 以及 Healthcare Identifiers Service 服务机构出于管理运作 Healthcare Identifiers Service 的目的收集所需的个人信息。我们需要收集这些信息用于处理你的申请。

我们可能使用你提供的信息,或经你同意、遵循法律要求或依法向第三方提供这些信息,包括将这些信息用于调查或研究目的。

如果你希望了解 Services Australia 管理你的个人信息的规定详情,包括我们的隐私保护政策,可以浏览

servicesaustralia.gov.au/privacy

申请人声明

12 我声明:

- 我已经提供本申请需要的身份证明文件认证副本。
- 我对本申请表中包括的年龄未满14岁的儿童负有父母养育责任。
- 我在本申请表中提供的所有信息正确无误并且没有隐瞒或遗漏。

我明白:

- 我没有资格使用通过本申请获得或更新的 Individual Healthcare Identifier 获取 Medicare 全民医疗保险或药品福利计划的利益;
- 提供虚假或误导信息属于严重违法行为。

申请人签名



日期(日日/月月/年年年)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

递交申请表

请将本份申请表附带所有证明文件以下列方式送回:

- **电邮至: healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au**
通过不安全的网络或电子邮件服务传输个人信息可能存在风险。
- **邮寄至:**
Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000