Please read instructions at the back before accomplishing this form.

Member's PhilHealth Number

Republic of the Philippines
PHILIPPINE HEALTH INSURANCE CORPORATION
Membership Data Management Department
11th Flr. CityState Center Bldg., 709 Shaw Blvd.,
Pasig City P.O. Box 616
Telefax No. 637-6452 - 637-9999 locals. 1120-1128, 1130

M1b

MEMBER DATA RECORD
FOR INDIVIDUALLY PAYING
(PARA SA MGA NAGBABAYAD NA PANSARILI)
January 2001

1. Surname (Apelyido) | Given Name (Pangalan) | Middle Name (G. Apelyido) | 1a. TIN

2. Permanent Address (Tirahan) | 2a. Postal Code

Number & Street (Numero at Kalye) | Barangay | Town/City (Bayan/Lungsod) | Province(Lalawigan) | 2b. Tel.No.

3. Sex (Kasarian)
☐ Male (Lalaki)
☐ Female (Babae)

3a. Date of Birth (Kapanganakan) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (m m d d y y y y)

3b. Place of Birth (Lugar ng Kapanganakan)
Town/City _____ Province _____

3c. Civil Status (Katayuang Sibil)
☐ Single (Walang Asawa)
☐ Married (May Asawa)
☐ Widowed (Balo)
☐ Separated (Hiwalay)

4. Type of Individually Paying Member:
☐ Self-Employed ☐ OFW ☐ Separated from Employment ☐ Others (specify) _____

4a. Monthly Net Income
P_____

If member of SSS/GSIS/OWWA/RSBS/PNP-BPA, prior to application as individually-paying, check appropriate box and indicate corresponding number. (Kung dating kasapi sa SSS/GSIS/OWWA/RSBS/PNP-BPA, lagyan ng tsek ang nararapat na kahon at isulat ang kaukulang bilang.) ☐ SSS ☐ GSIS ☐ OWWA ☐ PNP UNIFORMED

SSS No.
GSIS Policy No.
OWWA/MEC No.

If married, name of spouse:
Surname _____ Given Name _____ Middle Name _____

Occupation: _____ Spouse's PhilHealth Number: _____

5. **DEPENDENTS**
(MGA MAKIKINABANG)

Use back page for additional dependent(s), if necessary. (Gamitin ang kabilang pahina para sa dagdag na makikinabang, kung kinakailangan.)

PhilHealth Number (To be filled up by PhilHealth)	Name of Dependents (Pangalan ng Makikinabang) Last Name, First Name M.I.	SEX (M) or (F)	Relationship of Dependents to Member (Relasyon ng Makikinabang sa Miyembro)	Date of Birth (Kapanganakan) mm-dd-yyyy

If child has congenital disability acquired before age 21, please attach a copy of Medical Certificate
(Kung ang anak ay nagkaroon ng kapansanan bago sumapit sa gulang na 21, ilakip ang medical certificate)

I hereby certify that the above statements are true and correct and further declare that the above-named dependents have not been declared by my spouse/brother/sister.

(Ako ay nagpapatunay na ang nasa itaas na mga pahayag ay totoo at tama at dagdag kong inihahayag na ang nasabing makikinabang sa itaas ay hindi inihayag ng aking asawa o kapatid.)

_____
Signature/Lagda

THIS PORTION IS TO FILLED UP BY PHILHEALTH

Date Received: | Evaluated by: _____ Name and Signature | **Approved Monthly Premium:** | Date of Evaluation:

Note: This form can be reproduced but is not for sale, to be accomplished in duplicate.

REMINDERS *(Mga Paalaala)*

Qualified dependents of a member under RA 7875 are: ***(Ang mga karapatdapat na makikinabang ng isang miyembro/kasapi alinsunod sa R.A. 7875 ay ang mga sumusunod:)***

(1) The legitimate spouse who is not a member of PhilHealth;
(tunay na asawa na hindi kasapi ng PhilHealth);

(2) The unmarried and unemployed legitimate, legitimated, acknowledged and illegitimate children as appearing in the Birth Certificate; legally adopted or stepchildren below twenty-one (21) years of age;
(walang asawa at walang trabaho na anak, anak sa tunay na asawa (legitimate o legitimated), kinikilalang anak na nakasaad sa Birth Certificate, ampon ayon sa batas o kaya'y anak sa unang asawa na ang edad/gulang ay mababa sa 21);

(3) Children who are twenty-one years old or above but suffering from congenital disability, either physical or mental, or any disability acquired before the age of 21 that renders them totally dependent on the member for support;
(mga anak na ang edad/gulang ay 21 o pataas subalit may likas na kapansanan pangkatawan o pangkaisipan o ano pa mang uri ng kapansanan na natamo bago sumapit sa edad na 21 na maglalagay sa kanila para lubusang umasa sa kasapi para sa kanyang ikabubuhay);

(4) The parents who are sixty (60) years old or above who are not enrolled members of PhilHealth, whose monthly income is not more than One Thousand Pesos (P1,000.00).
(mga magulang na ang edad/gulang ay 60 o pataas at hindi kasapi ng PhilHealth na ang buwanang kita ay hindi hihigit sa Isang Libong Piso [P1,000.00]).

GUIDELINES AND INSTRUCTIONS IN FILLING-UP THE MEMBER DATA RECORD
(Mga Patnubay at Kautusan sa Pagpuno ng Member Data Record)

1. Supply all the data needed. Use block/printed letters or use a typewriter. Write N.A. if the blanks are not applicable.
(Isulat ang lahat ng kailangang impormasyon. Isulat sa malalaking letra o kaya ay gumamit ng makinilya. Isulat ang N.A. kung ang mga kailangang impormasyon ay hindi akma.)
2. For Box No.4, check appropriate box for your employment classification and indicate your corresponding number.
(Para sa Box No. 4, markahan ang nararapat na kahon ng inyong uri bilang manggagawa at isulat ang kaukulang bilang ng pagkakakilanlan.)
3. Declaration of dependents made in Box No. 5 shall continue to be valid unless amended by the member.
(Ang paghayag ng mga makikinabang sa Box No. 5 ay magpapatuloy na may bisa maliban na lang kung babaguhin ng kasapi.)

LIST OF ADDITIONAL DEPENDENT(S) *(LISTAHAN NG DAGDAG NA MAKIKINABANG)*

5. PhilHealth Number (To be filled up by PhilHealth)	Name of Dependents (Pangalan ng Makikinabang) Last Name, First Name M.I.	SEX M/F	Relationship of Dependents to Member (Relasyon ng makikinabang sa Miyembro)	Date of Birth (Kapanganakan) mm - dd - yyyy