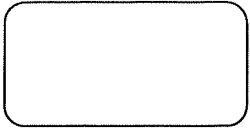


臺中市_____區市民醫療補助申請表

申請日期： 年 月 日 收件章:



| | | | | | | | |
|---|------|--|-----------------|-----|---|------|----|
| 申請人(病患)姓名 | | 出 生 期 | 年 月 日()歲 | 住 址 | 里 | 路(街) | 段 |
| | | 身 分 證 字 號 | | 電 話 | 巷 | 弄 | 號 |
| | | | | | | | 樓之 |
| 受委託人姓名 | | 與申請人關係 | (非親屬填職稱) | 住 址 | 里 | 路(街) | 段 |
| | | 身 分 證 字 號 | | 電 話 | 巷 | 弄 | 號 |
| | | | | | | | 樓之 |
| 應備文件檢核欄 | 民眾檢附 | <input type="checkbox"/> 診斷證明正本(註明病情、處遇、門診日、入出院日) <input type="checkbox"/> 健保醫療收據正本__份 <input type="checkbox"/> 自費(醫令)項目明細正本__份 <input type="checkbox"/> 自費項目使用證明__份 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 具領人收據 <input type="checkbox"/> 手抄本除戶謄本 <input type="checkbox"/> 委託書(含身分證明) <input type="checkbox"/> 共同委任切結書 <input type="checkbox"/> 代墊證明 <input type="checkbox"/> 保險給付、捐款或損害賠償等相關資料調閱授權暨切結書 | | | | | |
| | 公所檢附 | <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢兒童及少年生活扶助證明 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭生活扶助證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助證明 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼證明 <input type="checkbox"/> 全戶戶籍資料、所得及稅籍資料(依本辦法第3條第1項第3款申請者須附) | | | | | |
| <p>申請人(或受委託人)知悉申請及應備文件規定，保證本案所填資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令後果，若屬歸責於己之事由，除繳回補助款並自負一切法律責任。</p> <p>本案如經公所及社會局審核通過，補助款將匯入申請人(病患)帳戶內，日後若有具領爭議，申請人(或受委託人)願負法律上完全責任；受補助人死亡或醫療院所代墊案不在此限。(如由受委託人代為填寫，受委託人亦已詳告申請人)。</p> <p style="text-align: center;">申請人簽章： _____ 受委託人簽章： _____</p> | | | | | | | |

注意事項：

| | |
|-------|---|
| 不補助項目 | <ol style="list-style-type: none"> 1.全民健康保險法第五十一條規定所列之項目。 2.鑲牙、洗牙、齒列矯正、牙周病統合照護、器官捐贈、指定藥品、材料及衛材、自購器材、疾病預防及非因治療疾病而施行之檢查、篩檢、藥物使用、手術或節育結紮。 3.就醫期間之照護、營養品、膳食、雜費、電話費、行政費及其他與醫療無直接相關之項目。 4.使用全民健康保險不給付之自費材料、檢查、藥品、手術。 5.依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準，應於使用前審查之項目，未依規定事前申請核准，或不符合上開標準所訂適應症，而自費使用給付項目。 |
| 補助標準 | <ol style="list-style-type: none"> 1.列冊低收入戶者，依全民健康保險就醫之自付醫療費用，扣除不補助項目後，全額補助。 2.列冊中低收入戶者，最近3個月依全民健康保險就醫之自付醫療費用累計達新臺幣2萬元以上，扣除不補助項目後，補助80%。 3.屬本法第3條第1項第3款、第4款者，最近3個月依全民健康保險就醫之自付醫療費用累計達新臺幣5萬元以上，扣除不補助項目後，補助70%。 4.補助額度，每人每年度以15萬元為上限，經社會局專案安置於收容機構或專案核准低收入戶保護性個案之傷、病患者，不受前條補助項目及前項補助額度之上限規定限制。但申請補助項目含病房費者，應按日扣除其委託收容費用。領取政府同性質補助者，不得重複申請。 5.已獲保險給付、民間單位及個人贈與或依法取得損害賠償繳付之醫療費用，不列入累計金額，亦不予補助。 |

自費項目使用證明書

病患_____係全民健康保險之保險對象，因_____ (病名)在本院接受治療，經醫師專業評估傷、病嚴重且情況緊急，為治療所必須而使用下列自費項目，並認自費項目確實用於本次醫療，非使用於與本病情無關之用途。

一、使用全民健康保險不給付之【自費材料、檢查、藥品、手術】。

| 使用日期 | 院內代碼 | 品項名稱 | 單價 | 數量 | 金額 | 替代健保品項 |
|------|------|------|----|----|----|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

二、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準，應於使用前審查之項目，未依規定事前申請核准，或不符合上開標準所訂適應症，而自費使用給付項目。

| 使用日期 | 院內代碼 | 品項名稱 | 單價 | 數量 | 金額 |
|------|------|------|----|----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

三、健保部分給付特殊材料

| 使用日期 | 院內代碼 | 品項名稱 | 單價 | 數量 | 金額 |
|------|------|------|----|----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

主治醫師：

(簽名及蓋章)

中華民國

年

月

日

保險給付、捐款或損害賠償等相關資料 調閱授權暨切結書

1090101 版

立授權(切結)書人(患者)_____為申請臺中市市民醫療補助，茲切結本次就醫期間有(無)取得下列資源，屬實無訛，若有不實，同意無條件撤銷補助權利，已領之補助款項全數繳回，並負一切法律責任，同時授權公所及社會局自授權書書立日期起 2 年內(保險法第 65 條)可向相關單位查詢並以書面方式提供理賠或給付等相關資料，恐口無憑，立此為據。

◆保險理賠

無。

有，_____ (保險事業單位)，_____ 元。

◆民間單位補助或個人捐款

無。

有，_____ (單位或個人)，_____ 元。

◆損害賠償(含國賠及民事賠償)

無。

有，_____ (單位或個人)，_____ 元。

此致

臺中市_____區公所

轉陳

臺中市政府社會局

立書人：

(簽章)

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

收 據

| | | | |
|---|---------------|------|--|
| 摘要 | _____君之市民醫療補助 | 備考 | |
| 金額 | 新台幣： | | |
| 上款已照數領訖 此據 臺中市政府社會局 | | | |
| 具領人： | | (簽章) | |
| 身分證字號： | | | |
| 地 址： | | | |
| 電 話： | | | |
| 中 華 民 國： 年 月 日 | | | |

收 據

| | | | |
|---|---------------|------|--|
| 摘要 | _____君之市民醫療補助 | 備考 | |
| 金額 | 新台幣： | | |
| 上款已照數領訖 此據 臺中市政府社會局 | | | |
| 具領人： | | (簽章) | |
| 身分證字號： | | | |
| 地 址： | | | |
| 電 話： | | | |
| 中 華 民 國： 年 月 日 | | | |

委 託 書

(不適用委託他人具領補助款)

_____ (病患)因 _____ 事由，無法親自向臺中市 _____ 區公所申辦臺中市市民醫療補助，同意委由 _____ 君代辦相關申請事宜，屬實無訛，恐口無憑，立此為據。

此致

臺中市 _____ 區公所

委託人： _____ (簽章)

(未成年人或受監護宣告者，由法定代理人代表)

身分證字號：

地 址：

電 話：

受委託人： _____ (簽章)

身分證字號：

與委託人關係：

地 址：

電 話：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

扶養義務人口數切結書

具切結書人(患者)_____為申請臺中市市民醫療補助，

茲切結下列事項屬實：

本人之所有負扶養義務之子女共_____人(含已出嫁或入贅者)，存_____人、歿_____人，屬實無訛，若有不實，同意無條件撤銷補助權利，已領之補助款項全數繳回，並負一切法律責任，恐口無憑，立此為據。

此致

臺中市_____區公所

具結人：

(簽章)

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

支票取銷劃線切結書

本人_____ (身分證字號：_____) 金融帳戶因故列為警示帳戶(帳戶遭凍結或扣押)，為領取_____ 補助，請准予將本人之補助款改開立支票並取銷劃線，本人瞭解支票取銷劃線可能產生之風險，若因取銷劃線而導致糾紛或一切損失，均由本人負責，與支用機關無涉，倘有隱瞞或申報不實情事，除繳回全部補助款，並負一切法律責任，恐口無憑，立此為據。

此致

臺中市_____區公所

轉陳

臺中市政府社會局

具結人：

(簽章)

(未成年人或受監護宣告者，由法定代理人代表)

身分證字號：

住址：

電話：

中華民國 年 月 日

共同委任及切結書

為辦理_____君(身分證字號：_____)之_____補助
事宜，吾等繼承人共_____人，共同委任_____君(身分證字號：
_____)代表申領該補助之全部款項並負責分與各繼承人。如因申領本項補助發
生任何法律責任及爭訟，委任人暨受任人願負一切責任。

此致

臺中市_____區公所

轉陳

臺中市政府社會局

| | | | |
|------|------|--------|-----|
| 委任人： | (簽章) | 身分證字號： | 關係： |
| 委任人： | (簽章) | 身分證字號： | 關係： |
| 委任人： | (簽章) | 身分證字號： | 關係： |
| 委任人： | (簽章) | 身分證字號： | 關係： |
| 委任人： | (簽章) | 身分證字號： | 關係： |
| 委任人： | (簽章) | 身分證字號： | 關係： |
| 受任人： | (簽章) | | |

中華民國_____年_____月_____日

代墊證明書

_____ (病患)於_____年_____月_____日至_____年_____月_____日因疾病、傷害事故就醫，需繳付醫療費計新臺幣_____拾_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，出院時無法繳付，由

_____ (醫院名稱)代為墊付，屬實無訛，恐口無憑，立此為據。

此致

臺中市政府社會局

證明人(病患)： (簽章)

(未成年人或受監護宣告者，由法定代理人代表)

身分證字號：

地 址：

電 話：

代墊人(醫院)： (印信)

統一編號：

地 址：

電 話：

聯絡人：

中華民國_____年_____月_____日