

補助新住民懷孕婦女未納健保前「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」  
補助款申領清單及領據(醫療院所用)

年 月份

個案姓名	檢查日期	申請補助金額	個案姓名	檢查日期	申請補助金額
		(新台幣：元) 每案500元			(新台幣：元) 每案500元
合計		補助案元		總金額	元

茲領到 年 月份補助新住民懷孕婦女未納健保前「孕婦乙型鏈球菌篩檢  
補助服務方案」補助款計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署

醫院(診所、助產所) 主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)

出納人員：\_\_\_\_\_

名稱(全銜)：請寫全名及蓋機關章 會計人員：\_\_\_\_\_

院 長：\_\_\_\_\_

統一編號：

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_ 註：私立醫院(診所)如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

撥款之銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

衛生局審核：承辦人 \_\_\_\_\_ 科(課)長 \_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日

