

**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」
個案紀錄聯**

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

聯單編號：

以下由衛生所填寫	
姓名	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號（一）
	統一證號（二）
國籍別	護照號碼
台灣配偶姓名	配偶身分證字號
配偶戶籍地址	
目前居住地址	
聯絡電話	行動電話
孕次：第 次	
核發單位：	核發人員[蓋職章]
	核發日期：
以下由醫療院所填寫	
醫療院所代碼(機構代碼)：	
醫療院所所在： 縣市 鄉鎮市區	檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所名稱	檢查時之懷孕週數： 週
醫師簽章：	

- 注意：
1. 本表單每次列印 2 聯，第一聯交由孕婦使用，第二聯由衛生局留存。
 2. 於懷孕婦女懷孕滿 35 週至未達 38 週前，提供 1 次乙型鏈球菌篩檢使用，遺失不再補發。
 3. 各醫療院所檢附本個案紀錄聯，連同醫療補助款申領清單及領據，於次月 5 日前送交當地縣市衛生局審核後，轉本部國民健康署申請補助。
 4. 有納健保者，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。