

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

醫療費用補助明細表

申請人 (補助者)		出生 年月日	年	月	日
身分證字號					
聯絡電話	(市內電話)	(手機)			

■補助醫療項目及金額 **□□□補助金額每人每年最高補助合計為新臺幣30,000元上限**

- 1、掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
- 2、健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。
- 3、住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- 4、救護車費用：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(需檢附急診醫師開立之緊急就醫、院間轉診或強制就醫證明)。(每人每年6,000元為上限)
- 5、健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，需附中央健康保險署開立之健保欠費繳款單(不含滯納金)由衛生局協助繳納健保欠費之金額。(每人每年6,000元為上限)

衛生所 / 醫院 初 審 結 果					衛生局 複 審 結 果	
不同補助項目及金額，請分格填寫						
筆數順序 (1, 2, ...)	年/月/日 就診日期/期間	就診醫療院所名稱 (例如：成大、永康奇美...)	補助項目 (代號 1-5)	申請金額 (新臺幣)	核定 補助金額	備註
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
合 計					衛生局核定金額	
初 審 單 位 核 章						
承 辦 人			單 位 主 管			