

全民健康保險實施前八十四年一月至二月重大傷病住院醫療費用補助申請書

受理日期(健保局填寫)				受理號碼(健保局填寫)						
指定付款對象(限勾一種)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人—姓名		<input type="checkbox"/> 繼承人—姓名						
保 險 對 象 資 料	投保單位代號			投保單位名稱			投保單位電話			
	姓名			指定付款地址(國內)						
	身分證號			保險對象電話	(公)( )	(住)( )				
	出生日期			申請補助金額(臺幣)	拾	萬	千	百	拾	元整(請大寫)
	醫療院所名稱			醫療院所地址						
	急、門診治療當日	年	月	日	國際疾病分類碼 或 ICD-9-CM 碼 (健保局填寫)			醫 科 別 (健保局填寫)		
	入院日期	年	月	日						
	出院日期	年	月	日						
住院日數			日	給付項目						
檢附書據內容										
重大傷病應檢附下列各項書據				說 明						
<input type="checkbox"/> 1. 住院費用收據正本及費用明細共 張 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶應持戶籍所在地鄉鎮市區公所核發證明文件 <input type="checkbox"/> 3. 殘障者應持社政機關所發殘障手冊(驗畢退還) <input type="checkbox"/> 4. 戶口名簿影本或身分證影本(七十歲以上檢附) <input type="checkbox"/> 5. 住院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 6. 健保卡影本 <input type="checkbox"/> 7. 其他				1. 重大傷病之住院醫療費用累計總額，超過新臺幣五萬元以上部分，七十歲以上老人，重度殘障、極重度殘障者，得全額申請補助但每人最高補助金額以二十萬元為限。 2. 中度殘障、輕度殘障及中低收入者，醫療費用累計總額在新臺幣五萬元以上部分，政府補助百分之八十，但每人最高金額以二十萬元為限。						
※ 收據上應註明保險對象姓名、醫療院所開業地址、收費日期、費用期間、醫療院所負責人及收款人之印章 ※										
保險對象簽章： _____				(指定付款對象勾法定代理人或繼承人者，本欄位免簽章)						
法定代理人或繼承人簽章： _____				(指定付款對象勾本人者，本欄位免簽章)						
健保局審核通知欄				發文日：		發文號：				