

非指定病房證明書

茲證明患者_____君（身分證字號：_____），經
診斷為_____科（診斷科別）_____（病名），
於_____年_____月_____日住院，至_____年_____月_____日出院，自_____年
_____月_____日起至_____年_____月_____日，共_____天，因本院健保病
房滿床（非復健病房），患者需自行負擔病房差額費用每天_____元
整，確非其指定病房。

此證

開立單位：

（加蓋單位章）

開立證明人姓名與職稱：

中 華 民 國 年 月 日

個人就醫資料查調同意書

本人 君申請「臺南市醫療補助」同意 貴局透過中央健康
保險局向 醫院調閱相關病歷等資料，以供相關補助申
請審查。

此致

臺南市政府社會局

立 書 人：

蓋章：

身份證字號：

住 址：

代 理 人：

蓋章：

身份證字號：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日