

# 臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

衛生所(醫療費用繳清者)(健保欠費者) 或  
醫院(醫療欠費者) 協助提出申請費用

醫療費用繳清

健保欠費者

醫療欠費者

## 衛生所協助提出申請並初審

1. 當年度之醫療收據正本或中央健康保險署開立之健保欠費繳款單
2. 戶口名簿影本/身分證正反面影本/居留證影本/護照影本(擇一)
3. 低收入戶證明/中低收入戶證明/符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者(擇一)
4. 申請人及受託人之身分證明及私章
5. 存簿帳戶影本(若使用他人之帳戶,須填具切結書及領款領據);若申請健保欠費者免付存簿但須填切結書
6. 若由受託人代理申請,另填具委託書

## 代墊醫院協助提出申請並初審

1. 當年度之醫療收據正本或欠費明細
2. 戶口名簿影本/身分證正反面影本/居留證影本/護照影本(擇一)
3. 低收入戶證明/中低收入戶證明/符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者(擇一)
4. 申請人之私章及醫院核章
5. 醫院存摺帳戶影本(醫院填具切結書及領款領據)
6. 醫院填具委託書

初 審

不 符 合

補 件

符 合

將申請文件送臺南市政府衛生局醫事科

複 審

不 符 合

退 件 / 補 件

符 合

核發款項至申請人指定  
帳戶(醫療費用繳清)

發文健保署開立領據核  
發款項(健保欠費)

函文代墊醫院開立領據  
核發款項(醫療欠費)

結 案