

## 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