

自費項目說明回覆表

病患姓名：_____身分證字號：_____住院期間：_____ 起迄

項 目	金 額	用 途

指定：

病患(家屬)自行要求 或 病患(家屬)自願同意使用。

非指定：

無健保給付項目可供替代。

已使用過健保給付項目，但效果不彰，經醫師專業評估確有醫療之必要性。

受病況影響再次使用該項健保給付項目，但超過健保給付次數，經醫師專業評估確有醫療之必要性。

就醫期間無健保床，且醫生診斷必須住院接受治療。

其他因素：

項 目	金 額	用 途

指定：

病患(家屬)自行要求 或 病患(家屬)自願同意使用。

*

無健保給付項目可供替代。

已使用過健保給付項目，但效果不彰，經醫師專業評估確有醫療之必要性。

受病況影響再次使用該項健保給付項目，但超過健保給付次數，經醫師專業評估確有醫療之必要性。

就醫期間無健保床，且醫生診斷必須住院接受治療。

其他因素：

【表格如不敷使用，請自行列印】

開立單位(加蓋單位章):

開立證明人姓名與職稱(職章):