



# 臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

## 醫療費用補助明細表

申請人 (補助者)	王大○	出生 年月日	80 年 2 月 2 日
身分證字號	D122○○○122		
聯絡電話	( 市內電話 ) 06-2679○○○	( 手機 )	0955○○○555

**■補助醫療項目及金額** □□□補助金額每人每年最高補助合計為新臺幣30,000元上限

- 1、掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
- 2、健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。
- 3、住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- 4、救護車費用：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(需檢附急診醫師開立之緊急就醫、院間轉診或強制就醫證明)。(每人每年6,000元為上限)
- 5、健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，需附中央健康保險署開立之健保欠費繳款單(不含滯納金)由衛生局協助繳納健保欠費之金額。(每人每年6,000元為上限)

衛生所 / 醫院 初 審 結 果					衛生局 複 審 結 果	
*不同補助項目及金額，請分格填寫*						
筆數順序 (1, 2, ...)	年/月/日 就診日期/期間	就診醫療院所名稱 (例如：成大、永康奇美...)	補助項目 (代號 1-5)	申請金額 (新臺幣)	核定 補助金額	備註
1	113/1/5	陳明旭耳鼻喉科	1 2	150 100		
2	113/2/8	永康奇美醫院	2	360		
3	113/1/15- 113/1/25	安南醫院	3(10天)	2800		
4	113/3/12	歐小明救護車	4	2000		
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
合 計				5410	衛生局核定金額	
初 審 單 位			核 章			
承 辦 人			單 位 主 管			
核 章			核 章			



臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

浮貼處	浮貼處
【申請人(補助者)身分證影本正面】 【如無身分證請附戶口名簿影本】	【申請人(補助者)身分證影本背面】
浮貼處	浮貼處
【受託人身分證影本正面】 醫院協助申請者，請蓋醫院大章 受託人/醫院/健保欠費受託人申請，需另填寫 授權書(附件二)	【受託人身分證影本背面】
浮貼處	浮貼處
【存簿提供者身分證影本正面】 醫院協助申請者，請蓋醫院大章(檢附存簿影 本或帳號，以利核對) *申請健保欠費項目者此欄免附	【存簿提供者身分證影本背面】
【存簿儲金封面影本】 浮貼處 衛生所：非補助者本人存簿，需填寫領款領據及切結書(附件二) 醫院：附醫院存簿-需填寫切結書(附件二) 健保欠費項目：不須附存簿但務必填切結書(附件二)	
身分證證明資料及存簿影本，經初審單位審核與正本無誤後，再蓋『與正本相符』章。	

臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

領款領據 (非病患本人存簿須填寫)

茲向台南市政府衛生局申請公益彩券回饋金就醫補助費用，經審核後核定金額為新臺幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_千\_\_\_\_\_百\_\_\_\_\_拾\_\_\_\_\_元整，已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

金額請勿填寫,切記

此致

臺南市政府衛生局

(填寫病患資料及核章)

申請人(病患)姓名：王大○

印

(簽名及核章)

身分證號碼：D122○○○122

電話：06-2679○○○ 0955○○○5555

住址：臺南市東區○○里○2鄰○○路○段○巷○弄○○號

中華民國 113 年 4 月 10 日

切結書

(非病患本人存簿或醫院/健保欠費須填寫)

申請人 王大○ 申請「113」年度臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫」醫療補助費用健保欠費，因故無法使用本人之金融帳戶，准予補助金匯入下列關係人：王小○ (限定為配偶或四親等內親屬及醫院)或中央健康保險署之帳戶，特立切結書以茲證明，如有不實，願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。如受補助後，尚有未結清其餘款項，本人願意償付餘額。

申請健保欠費者,此欄請勿填寫

(存簿提供者資料及核章)

銀行名稱：國泰世華商業銀行台南分行

印/醫院大章

戶名：王小○

身分證字號/醫院

統一編號：D122○○○133 帳號：222○○○093255

此致

臺南市政府衛生局

(病患資料及核章)

印

申請人(病患)姓名：王大○

身分證字號：D122○○○122

電話：06-2679○○○ 0955○○○5555

地址：臺南市東區○○里○鄰○○路○段○巷○弄○○號

中華民國 113 年 4 月 10 日

# 臺南市公益彩券回饋金排除就醫障礙補助申請表

## 代理申請委託(授權)書 (受託人/醫院/健保欠費受託人須填寫)

本人茲因 生病或行動不便 工作/上學 不識字 其他 \_\_\_\_\_，無法親自辦理本項補助申請，特委託 王 小 〇 (受託人/受託醫院)辦理申請，並檢具委託書及相關證件影本。

與申請人(病患)關係： 醫院 其他( 兄弟 )

申請人(病患)簽名：王 大 〇

蓋章：

印印

受託人/醫院簽名：王 小 〇

蓋章/醫院大章：

印/醫院大章

中 華 民 國 113 年 4 月 10 日