

花蓮縣衛生局 114 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

弱勢族群就醫補助申請書

申請日期：114 年 月 日 衛生局收件日期：114 年 月 日 案件編號：

壹、申請人基本資料

1. 個案：_____ 2. 出生年月日：民國____年____月____日

3 聯絡電話：_____ 4. 身分證字號：_____

5. 戶籍地址：郵遞區號() _____

6. 通訊地址：郵遞區號() _____

7. 如何獲得此補助訊息：

衛生局衛生所轉介鄉鎮公所轉介醫院轉介救護車公司轉介其他_____

8. 申請補助項目：補助 114 年期間就醫費用 (請勾選)

(1) 健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，每人每年 6,000 元為上限。(可追溯自欠費始日)

(2) 健保部分負擔：健保在保者，就醫時由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用(包含急診、門診、住院)。

(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：因緊急狀況就醫、院間轉診等之費用，每人每年 6,000 元為上限。

(5) 偏遠地區交通費用：居住偏遠地區，無大眾交通運輸工具或有大眾交通運輸工具但班次過少時：(一)病患就醫、轉診或返家所搭乘計程車或自用汽(機)車之交通費用。(二)由病患自行負擔之居家醫療醫事人員或社會工作人員至病患家中訪視所搭乘計程車或自用汽(機)車之來回交通費用。每人每年以 2,000 元為上限。(依據 113 年全民健康保險醫療資源缺乏地區施行區域偏遠地區之定義及範圍：壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、豐濱鄉、玉里鎮)。

(6) 掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。

(7) 無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X 光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費、特材費等)。

註 1：同時申請健保欠費及醫療費用補助須分別填寫 2 份申請書，填寫資料若有塗改，請於塗改處加蓋申請人印章(金額處請勿塗改)。

申請人簽章：

貳、代理申請委託書 (自行申請者免填)

※申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先；無親屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。
但代理申請書需有申請人之親筆簽名與用印。

本人_____因_____事由，無法親自向花蓮縣衛生局申辦114年度弱勢族群醫療就醫補助，同意委由_____君代辦相關申請事宜，爰本人
積欠醫院醫療費用 無銀行、郵局存摺 _____，故同意
本補助款匯入_____戶頭，戶名_____存簿帳號_____
如存摺影本，屬實無訛，特立此書為據。

(一) 委託人 (個案)：_____ (親筆簽名並蓋章)

身分證字號：_____

(二) 受委託人：_____ (簽章) 與個案關係：_____

身分證字號 (統一編號)：_____

聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

參、補助對象檢附資料 (請勾選)

- (1) 須設籍本縣並檢附國民身分證正反面影本或戶口名簿影本一份；居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)。
- (2) 有下列情形之一者且未與政府既定之相關補助重覆得申請補助：(限114年度)
低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)
中低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定)
其他由各級政府認定經濟困難並開立證明者(如中低收入老人生活津貼證明、身心障礙者生活補助證明等，清寒證明需由村里幹事認定)或街友、遊民安置證明。
- (3) 弱勢族群就醫補助申請書乙份(共4頁)。
- (4) 受委託人若為個案親屬，須檢附受委託人之身分證件正反面影本。
- (5) 領款人若為個案親屬且與個案不同戶籍，須檢附領款人最近3個月內全戶戶籍謄本正本。

肆、檢附需補助項目之相關證明資料 (請勾選)

- (1) 醫療費用明細收據正本(申請自用汽(機)車偏遠地區交通費用者須註明起迄公車站名及金額)。
- (2) 健保局繳款單正本及欠費明細表(繳款單金額最高上限6仟元整)。
- (3) 救護車費用收據正本(需另檢附急診醫師開立當次需緊急就醫證明或院間轉診證明或強制就醫證明正本乙份)。
- (4) 計程車費用收據正本、居家醫療或訪視之交通費用收據正本。
- (5) 其他(如健保不在保證明等)_____

伍、是否符合申請補助要件(衛生局審核人員填寫)

- (1) 符合補助 (2) 不符合補助原因：_____

承辦人員：

日期：114年 月 日

陸、申請補助項目及費用：補助每人每年上限3萬元整，實際補助金額填寫請勿超過3萬元整。

項目	申請金額	檢附資料	審核金額
健保欠費		健保局繳款單正本、欠費明細表。	
健保部分負擔		醫療費用明細收據正本。	
住院膳食費		醫療費用明細收據正本。	
救護車費用		當次救護車費用收據正本、另檢附急診醫師開立當次需緊急就醫證明或院間轉診證明或強制就醫證明正本乙份。	
偏遠地區交通費用		當次就醫費用明細收據正本(申請自用汽(機)車交通費者須註明住家至醫療院所的起迄公車站名及金額)、搭乘計程車者需另附當次計程車費用收據正本；居家醫療或訪視之交通費用收據正本。	
掛號費		醫療費用明細收據正本。	
無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)		醫療費用明細收據正本、健保不在保證明。	
申請金額總計		審核金額總計(由審核單位填寫):	
實際補助金額 (此欄由審核單位填寫)	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整		

柒、醫院代墊證明書(醫院代墊填寫)

本人_____於114年__月__日至114年__月__日因傷、病就醫住院，需繳付醫療費計新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，出院時無法繳付由_____代墊，屬實無訛，特立此書為據。

捌、交通費用代墊證明書(救護車代墊填寫)

本人_____於114年__月__日至114年__月__日因緊急狀況就醫、院間轉診、強制就醫時救護車費用或偏遠地區就醫轉診、返家所搭乘計程車費用，需繳付
救護車計程車費用計新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，出院時無法繳付由_____代墊，屬實無訛，特立此書為據。

領款單據

壹、經費支出事由：辦理衛生福利部 114 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫
—花蓮縣弱勢族群就醫補助費用領款單據

貳、收據：(擇一填寫)

(一)民眾：

姓名 (個案/親屬)	身份證字號	補助金額 (審核單位填寫)	其他 所得	戶籍地址
			V	郵遞區號 () 聯絡電話：
實際補助金額 新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				
申請人簽章：				

(二)醫院/救護車/計程車公司代墊：

醫院/救護車公司	統一編號	補助金額 (審核單位填寫)	其他 所得	地址
			V	郵遞區號 () 聯絡電話：
實際補助金額 新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				
申請人簽章：				

參、帳戶資料

黏貼存摺影本

★填寫收據注意事項：

1. 申請健保欠費者；收據姓名處為申請個案本人，不需附存摺。
2. 申請其他補助項目者；收據姓名處
 - 2-1 倘若為個案，存摺戶名需為個案。
 - 2-2 倘若為醫院，存摺戶名需為醫院。
 - 2-3 倘若為親屬，存摺戶名需為親屬。
3. 請黏貼郵局存摺影本，若黏貼其他金融機構存摺而衍生手續費將由民眾自行負擔。

中華民國 114 年 月 日

★申請補助所提供之相關資料影印本(例如:居留證、護照或存摺…等)，倘有不實須負相關法律責任。

★申請補助審核通過後，就醫相關費用等收據核銷約需 1-2 個月之工作天。

★當年度經費於計畫截止日前如已用罄，將不再受理補助申請。

★申請辦理弱勢族群就醫補助 請洽花蓮縣衛生局長照科

聯絡電話：(03)8227141 轉 614 傳真：(03)8230752 郵寄地址：970 花蓮市新興路 200 號

★申請補助若有任何需要協助之處，歡迎撥打本局服務專線，將有專人服務！