**【無法提供醫療費用收據正本】**

**切 結 書**

個案本人(就醫者)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽章)申請花蓮縣衛生局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，醫療費用收據正本因

**□**遺失、毀損。

**□**申請私人保險理賠使用。

**□**就醫之醫院有欠款金額未繳清。

**□**其他原因（請具體說明原因）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

而無法檢送，改提供

**□**醫療院所補印之收據

**□**與正本相符之收據影本並加蓋醫療院所印信

**□**其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

共\_\_\_\_紙，嗣後如有與本切結書不符之情形或發現有重覆申請或受領情事，本人同意歸還已領取之補償，若有不實本人願負一切相關民、刑事法律責任，特此切結為憑。

此致

花蓮縣衛生局

切結書人(個案本人)： (簽章)

受委託人(與個案關係): (本人申請免填)

身分證號：

地址:

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日