

臺中市_____區市民醫療補助申請表

申請日期： 年 月 日 收件章：

申請人(病患)姓名	出 生 期	年 月 日()歲	住址	里	路(街)	段
	身分證字 號		電話	巷	弄	號 樓之
受委託人姓名	與申請人關係	(非親屬填職稱)	住址	里	路(街)	段
	身分證字 號		電話	巷	弄	號 樓之
應備文件檢核欄	民眾檢附	☐ 診斷證明正本(註明病情、處遇、門診日、入出院日) ☐ 健保醫療收據正本____份 ☐ 自費(醫令)項目明細____份 ☐ 自費項目使用證明____份 ☐ 存摺封面影本 ☐ 具領人收據 ☐ 手抄本除戶謄本 ☐ 委託書(含身分證明) ☐ 共同委任切結書 ☐ 代墊證明				
	公所檢附	☐ 低收入戶證明 ☐ 中低收入戶證明 ☐ 全戶戶籍資料、所得及稅籍資料(依本法第 3 條第 1 項第 3 款申請者須附)				
申請人(或受委託人)保證本案所填資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令後果，若有可歸責於己之事由，除繳回補助款並自負一切法律責任。 本案如經公所及社會局審核通過，補助款將匯入申請人帳戶內，日後若有具領爭議，申請人(或受委託人)願負法律上完全責任；受補助人死亡或醫療院所代墊案不在此限。(如由受委託人代為填寫，受委託人亦已詳告申請人)。 申請人簽章：_____ 受委託人簽章：_____						

注意事項：

不補助項目	1.全民健康保險法第 51 條規定所列之項目。 2.鑲牙、洗牙、齒列矯正、牙周病統合照護、器官捐贈、指定藥品、材料及衛材、自購器材、疾病預防及非因疾病而施行預防之檢查、手術或節育結紮。 3.就醫期間之照護、營養品、膳食、雜費、電話費、行政費及其他與醫療無直接相關之項目。 4.自費使用全民健康保險不給付之替代性品項。 5.依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準，應於使用前審查之項目，未依規定事前申請核准，或不符合上開標準所訂適應症，而自費使用給付項目。
補助標準	1.列冊低收入戶者，依全民健康保險就醫之自付醫療費用，扣除不補助項目後，全額補助。 2.列冊中低收入戶者，最近 3 個月依全民健康保險就醫之自付醫療費用累計達新臺幣 2 萬元以上，扣除不補助項目後，補助 80%。 3.屬本法第 3 條第 1 項第 3 款者，最近 3 個月依全民健康保險就醫之自付醫療費用累計達新臺幣 5 萬元以上，扣除不補助項目後，補助 70%。 4.補助額度，每人每年度以 15 萬元為上限，經社會局專案安置於收容機構或專案核准低收入戶保護性個案之傷、病患者，不受前條補助項目及前項補助額度之上限規定限制。但申請補助項目含病房費者，應按日扣除其委託收容費用。領取政府同性質補助者，不得重複申請。