

臺北市衛生局兒童醫療補助退費申請表

107年2月修訂

兒 基 本 資 料	姓 名									性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	身 分 證 字 號									出生年月日	民國	年	月	日
	身 分 別	<input type="checkbox"/> 第一類 (藍色補助證) <input type="checkbox"/> 第二類 (粉紅色補助證) <input type="checkbox"/> 第三類 (黃色證明卡)												
	戶 籍 地	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓												
童 料	通 訊 處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓												
	醫 療 院 所 名 稱 (多筆免填)									醫 療 補 助 費	掛號費： <input type="checkbox"/> 門診 50 元 <input type="checkbox"/> 急診 80 元 健保部分負擔：_____元 自付額：_____元 (限第二類填寫)			
醫 料	類 別 (多筆免填)	<input type="checkbox"/> 門診：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 急診：民國 年 月 日 <input type="checkbox"/> 住院：民國 年 月 日 ~ 年 月 日												
	醫 料													
申 請 人 資 料	姓 名									與兒童關係				
	身 分 證 字 號									電 話	日：_____ 手機：_____			
戶 籍 地 址	<input type="checkbox"/> 同兒童基本資料之戶籍地/通訊地 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓													
應 備 文 件	自我檢核(已附者請打勾) <input type="checkbox"/> 1. 申請表正本乙份。 <input type="checkbox"/> 2. 領據乙份 (由申請人簽名) <input type="checkbox"/> 3. 兒童身分證明文件： <input type="checkbox"/> 健保 IC 卡影本。 <input type="checkbox"/> 臺北市兒童醫療補助證或臺北市第 3 胎 (含) 以上兒童證明卡影本。 <input type="checkbox"/> 4. 申請人之金融機構存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 5. 就醫事實發生後一年內 (含) 之醫療費用收據正本或影本 (收據影本應由原醫療機構加蓋印信證明與原本相符；超過一年者恕不受理)。 <input type="checkbox"/> 6. 戶籍謄本或戶口名簿正本及影本 (足以證明符合補助對象之條件) (正本驗後歸還)。 <input type="checkbox"/> 7. 委託書(親自辦理免附)。委託書上需註明委託期間及委託事項。													
聲 明 事 項	本人已閱讀並了解本申請表各節，保證上述所填各項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之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並自負一切法律責任。 本申請之醫療補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。 法定代理人/監護人簽名 父：_____ 母：_____ 申請時間：__年__月__日													

※注意事項：

1. 申請表一式二份，第一聯(粉紅色)請領補助款；第二聯(白色)衛生局留存。
2. 醫療補助應由法定代理人或監護人申請並具領補助。
3. 自付額 (限第二類申請)：係屬健保不給付醫療費用，補助每人每日以 1,000 元為上限，全年以 14,000 元為上限。
4. 醫療補助款項經衛生局審核通過後於 1 個月內核撥至本人帳戶，將不另行函文通知。
5. 收件單位：臺北市任一區健康服務中心
6. 承辦單位：臺北市政府衛生局長照管理科 (地址：110 臺北市信義區市府路 1 號 10 樓西北區)
電話：1999 轉 7084 傳真：8780-1794