

# 新北市政府醫療補助退費申請表

112年6月修訂

補 基 助 本	姓 名																				
	身 分 證 字 號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	補 助 證 號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
對 資 象 料	身 份 別	<input type="checkbox"/> 低收入戶兒童 <input type="checkbox"/> 中低收入戶兒童 <input type="checkbox"/> 符合新北市弱勢兒童及少年生活扶助（原中低收入兒童少年生活扶助） <input type="checkbox"/> 重大傷病兒童 <input type="checkbox"/> 罕見疾病兒童 <input type="checkbox"/> 低收入戶長者 <input type="checkbox"/> 低收入戶原住民																			

就 資 醫 料	醫 療 院 所 名 稱											醫 療 補 助 費 用 (請自行填寫)	門診：掛號費_____元、健保部分負擔_____元 急診：掛號費_____元、健保部分負擔_____元 住院：部分負擔_____元、自付額_____元
	類 別	<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											

申 基 本 請 資 人 料	姓 名											與 受 補 助 對 象 關 係			
	身 分 證 字 號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	聯 絡 電 話		
	退 費 帳 戶	金融機構名稱：_____ 銀行/郵局 _____ 分行 戶名：_____ 帳號：_____													

應 備 文 件	自我檢查(已附者請打勾) <input type="checkbox"/> 1. 申請表正本及領據各 1 份。 <input type="checkbox"/> 2. 醫療補助證影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 3. 就醫事實發生後三個月內(含)之醫療費用收據正本(超過三個月者恕不受理)。 <input type="checkbox"/> 4. 申請人指定匯款帳戶之金融機構存摺封面影本及身分證正反面影本各 1 份。 <input type="checkbox"/> 5. 戶口名簿影本或戶籍謄本 1 份(得以系統代為查詢)。 <input type="checkbox"/> 6. 委任書 1 份(非監護人或本人申請才須填寫)。
------------------	--

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。 申請人簽名：_____ 申請時間：_____年____月____日
------------------	--

退費金額核定審查(此欄由衛生局填寫)			
實 際 核 退 金 額	門診：掛號費_____元、健保部分負擔_____元 急診：掛號費_____元、健保部分負擔_____元 住院：部分負擔_____元、自付額_____元	總 計	新臺幣_____元
經 辦 人		科 室 主 管	

★退費方式及內容等相關問題，可逕向新北市政府衛生局醫事管理科洽詢。

地址：新北市板橋區英士路 192 之 1 號，電話：(02)2259-2825，傳真：(02)2258-9064。

現場退費(申請案編號：160327，公告期限：隨到隨辦)

郵寄退費(申請案編號：160323，公告期限：19 天)

現場簽收：