

申請機構：

\_\_\_\_\_醫院(診所)

統一編號：\_\_\_\_\_

列表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

申請 月份	年	<input type="checkbox"/> 甲聯 <input type="checkbox"/> 乙聯
	月	

表 3. 新北市醫療補助核付表暨收據

醫療院所基本資料		類別	項目	申報補助	核減	核付	
機構類別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區教學醫院 <input type="checkbox"/> 基層醫療院所	門診、急診	門診費用	①門診人次    ③門診補助金額	核減人次    門診核減金額	核付人次    ④門診核付金額	
機構全名			急診費用	②急診人次    ④急診補助金額	核減人次    急診核減金額	核付人次    ⑤急診核付金額	
機構代號			門、急診行政費	(①+②)×10=⑤門、急診行政費		⑥核付門、急診行政費	
機構地址			申報金額小計	③+④+⑤=⑥門、急診金額小計		⑦核付門、急診金額小計	
機構電話							
戶名		住院	部分負擔	⑦住院人次    ⑨住院部分負擔申報補助金額	核減人次    住院部分負擔核減金額	核付人次    ⑩住院部分負擔核付金額	
帳號	銀行/郵局      分行/支局 帳號 _____			其他自付額	⑧住院人次    ⑩住院其他自付額申報補助金額	核減人次    住院其他自付額核減金額	核付人次    ⑪住院其他自付額核付金額
主辦會計人員簽章	機關印信		住院行政費	(住院人次)×30=⑫住院行政費		⑬核付住院行政費	
負責人簽章			申報金額小計	⑧+⑨+⑫=⑬住院申報金額小計		⑩+⑪+⑬=⑭核付金額小計	
		費用總計	⑥+⑬=費用總計		⑦+⑭=核付金額總計		

核章

科長

股長

備註：1. 本表一式二聯，甲聯送新北市政府衛生局(甲聯請領補助款存衛生局)，乙聯由醫療院所存查。

2. 政府及所屬機關請務必在主辦會計人員欄位簽章。

申請機構：

醫院(診所)

表 1. 新北市醫療補助費用申請總表(門、急診)

申請 月份	年	<input type="checkbox"/> 甲聯 <input type="checkbox"/> 乙聯	第____頁
	月		

No.	姓名	身分證號	出生年月日	就診日期	診斷疾病別 (ICD-9-CM)	補助類別	掛號費	部分負擔金額		申報補助 費用總計	審核結果			
								門診	急診		核減金額	核付金額		
1											本欄由衛生局填寫			
2														
3														
4														
5														
6														
7														
備註：1. 本表一式二聯，甲聯送新北市政府衛生局(甲聯請領補助款)，乙聯由醫療院所存查。 2. 本表請依就診日期序號列報。 3. 補助類別：低收入戶兒童請填 A；重大傷病兒童請填 B；罕見疾病兒童請填 C；低收入戶且未參與健保者請填 D；罕見疾病且未參與健保者請填 E；中低收入戶兒童請填 F；低收入戶長者請填 G；低收入戶原住民請填 H。							金額總計		掛號費	門診	急診	申報總額	核減	核付
							人次總計		掛號	門診	急診	申報總人次	核減	核付

申請機構：

表 2. 新北市醫療補助費用申請總表(住院)

申請 月份	年	<input type="checkbox"/> 甲聯	第 頁
	月	<input type="checkbox"/> 乙聯	

醫院(診所)

No.	姓 名	身 分 證 號	出生年月日	住院起迄日		住院天數	診斷疾病別 (ICD-9-CM)	補助類別	住院醫療費用		申報補助 費用總計	審核結果	
				住院日	出院日				部分負擔	其他自 付額		核減金額	核付金額
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
備註：1. 本表一式二聯，甲聯送新北市政府衛生局(甲聯請領補助款)，乙聯由醫療院所存查。 2. 住院醫療費用包括健保部分負擔及扣除(或免除)健保部分負擔費用後其他健保自付醫療費用，補助金額核實給付並以每人每日 1,000 元、全年 15,000 元為上限。 3. 申報其他自付醫療費用時，為符合 15,000 元上限之規定，醫療院所應先洽詢衛生局確認個案可申報金額之額度。 4. 申請本次住院醫療補助自付額費用應檢附費用明細表，以利衛生局審核。 5. 補助類別：低收入戶兒童請填 A；重大傷病兒童請填 B；罕見疾病兒童請填 C；低收入戶且未參與健保者請填 D；罕見疾病且未參與健保者請填 E；中低收入戶兒童請填 F；低收入戶長者請填 G； <b>低收入戶原住民請填 H</b> 。									部分負擔	自付額	申報總額	核減	核付
									金額總計	部分負擔	自付額	申報總人次	核減
									部分負擔	自付額	申報總人次	核減	核付
									人次總計				

本欄由衛生局填寫