

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；中低收入弱勢兒童少年生活扶助者請填 FD；低收入戶長者請填 G；新希望關懷免填。 | | | | | | | 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 <input type="checkbox"/> 乙聯 | 第____頁 |
| | 月 | | |

____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；中低收入弱勢兒童少年生活扶助者請填 FD；低收入戶長者請填 G；新希望關懷免填。 | | | | | | | | 金額總計 | | 部分負擔 | 自付額 | 申報總額 | 核減 | 核付 |
| | | | | | | | | 人次總計 | | 部分負擔 | 自付額 | 申報總人次 | 核減 | 核付 |

本欄由衛生局填寫

申請機構：

_____醫院(診所)

統一編號：_____

表 3. 新北市醫療補助核付表暨收據

列表日期：_____年_____月_____日

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

| 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。

104年1月28日更新