新北市政府醫療補助退費申請表

112年1月修訂

補助對象基本資料	姓　名				
	身分證字號		補助證號	□□-□□□-□□-□□□□□	
	身份別	□低收入戶兒童 □中低收戶兒童 □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） □重大傷病兒童 □罕見疾病兒童 □低收入戶長者 □低收入戶原住民			
就醫資料	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	□門診：民國　年　月　日 □急診：民國　年　月　日 □住院：民國　年　月　日　～　年　月　日			
申請人基本資料	姓　名		與受補助對象關係		
	身分證字號		聯絡電話		
			手機		
	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)** □1.申請表正本及領據各1份。 □2.醫療補助證或新希望關懷卡影本1份。 □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）。 □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。 □5.戶口名簿影本或戶籍謄本1份（得以系統代為查詢）。 □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: