

臺北市政府衛生局兒童醫療補助退費申請表

申請日期： 年 月 日

101 年 9 月修訂

兒基 本 資 料	姓 名											性 別	男 女				
	身分證字號											出 生 年 月 日	民國	年	月	日	
	身分別	第一類兒童（藍色補助證） 第二類兒童（粉紅色補助證） 第三類兒童（黃色證明卡）															
	戶籍地	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓															
	通訊處	同戶籍地 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓															
就 資 料	醫院（診所）名稱											醫 療 補 助 費	掛號費： 門診 50 元 急診 80 元 健保部分負擔：_____元 自付額：_____元（限第二類填寫）				
	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 基 本 請 人 資 料	姓 名											與兒童關係	電 話		日：_____		
	身 分 證 字 號											戶 籍 地	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
應 備 文 件	<p>自我檢查(已附者請打勾)</p> <p>1.申請表正本乙份。</p> <p>2.戶籍謄本正本或戶口名簿正本（足以證明符合補助對象之條件）。</p> <p>3.兒童身分證明文件： 健保 IC 卡影本。 臺北市兒童醫療補助證影本或臺北市第 3 胎（含）以上兒童證明卡影本。</p> <p>4.申請人之金融機構存摺封面影本。</p> <p>5.就醫事實發生後一年內（含）之醫療費用收據影本（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）。</p> <p>6.領據乙份（由申請人簽名並蓋私章）</p> <p>7.委託他人代辦另需檢附委託書。委託書上需註明委託期間及委託事項。</p>																
聲 明 事 項	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>法定代理人/監護人簽名父：_____ 母：_____ 申請時間： 年 月 日</p>																

注意事項：

- 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。
- 醫療補助應由法定代理人或監護人申請並具領補助。
- 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。
- 承辦單位：臺北市政府衛生局醫護管理處（地址：臺北市信義區市府路 1 號 2 樓東南區）
電話：1999 轉 7084 傳真：8780-1794