

金門地區居民嚴重傷病患就醫交通費補助申請表

◎請檢附病患下列文件：

- ☐ 具有金額之登機證機(船)票(限經濟艙)
- ☐ 醫院掛號收據、藥袋或診斷證明書等當日就醫事實相關證明文件影本
- ☐ 限附本人或法定代理人存摺影本(附法定代理人存摺影本者，限20歲以下並應檢附戶口名簿或身份證影本)
- ☐ 重大傷病證明影本或持有身心障礙手冊(中、重度)影本(具此身份者請加附)

114.12.12(13版)

★申請表各欄位請務必填寫齊全(※一張申請表限申請來回一趟次※不受理郵寄方式申請)

病患姓名		身份證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話 手機	出生日期 年 月 日
居住地址		重大迄日 年 月 日	
轉出院所 日期戳章	(此欄位必蓋章)	醫師戳章	診斷代碼 (此欄位必蓋章)
轉診原因及處置建議(必填) 因患 疾病屬嚴重傷病，本院(所)無法提供處置，建議轉診接受 1. <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 2. <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 電療 <input type="checkbox"/> 心導管治療 <input type="checkbox"/> 其他：			
轉入醫院日 期戳章	(此欄位必蓋章)	醫師戳章	診斷代碼 (此欄位必蓋章)
轉入醫院醫療處置(1、2必填，可複選) 1. <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 2. <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 電療 <input type="checkbox"/> 心導管治療 <input type="checkbox"/> 其他：		匯款戶名 匯款帳號 土銀或郵局 帳號免手續費	
金門縣政府 醫療服務窗 口連絡電話	北區主任 連絡電話：0953-320-888	補助金額 (元)	申請人手機
	中區主任 連絡電話：0910-327-776 0965-165-671	申請人簽章	
	南區主任 連絡電話：0978-780-618 三軍總醫院 連絡電話：0972-828-339 0909-290-880 台大醫院 連絡電話：0937-311-929 雙和醫院 連絡電話：(02)8245-4103 台北榮總 連絡電話：0909-053-468 0988-262-115 (02)2875-7814	審核意見	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 原因
個人資料蒐集處理及利用同意書 本人同意將下列個人資料(包括姓名、轉出轉入醫院及手機號碼)提供予金門縣政府，並由金門縣政府將資料提供駐臺服務人員辦理轉診服務使用。本人已瞭解提供個人資料依法得申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。			
立同意書人簽名：		立同意書日期： 年 月 日	

注意事項：

- 每次赴台就醫經醫師開立本申請表後，需於三個月內赴台就醫且就醫日起三個月內檢附相關文件並蓋妥轉出、轉入醫院及醫師戳章至各鄉鎮衛生所、衛生局申請，逾期不予受理。
- 本縣之嚴重傷病患一年申請四次為限，每次申請補助額度應依各航空(船)公司告票價以不超過本縣居民票價為上限並核實補助(累計次數以申請所屬年度1/1-12/31為準)。如因病情確有需要，可增加至六次，但超出部份需另外檢附金門醫院診斷證明書，並經衛生局逐案審核無誤後方可請領補助。
- 嚴重傷病患補助機(船)票來回一半；持效期內重大傷病證明患者全額補助(限符合該重大傷病證明上之疾病)每年申請補助不限次數，當年度1/1-12/31為開立期限，僅需開立1次「金門地區居民嚴重傷病患就醫交通費補助申請表」，申請交通補助費需檢具當日就醫事由為該證明所列疾病者相關證明文件。
- 年滿65歲以上及18歲以下之病患、領有身心障礙手冊(中、重度)或重大傷病證明之病患，可補助陪同就醫者1人【陪同人限13歲以上需搭乘同班飛機(船)票票面價半價】，申請時需檢附本人及與病患同班次機(船)票。
- 個案轉診赴台至基層診所就醫者，不予補助。以不正當行為或虛偽之證明、報告、陳述而領取本補助金者，應返

還已補助之金額，嗣後不得再申請補助。

徵收