金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

附件二

健保欠費/就醫 補助申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介日期： 轉介單位： 轉介者： 轉介單位主管(無轉介單位免)： | | | | | | | | | |
| **個案基本資料** | 姓名 | |  | 身分證字號 | | |  | 性別 |  |
| 生日 | | 民國 年 月 日 | 電話 | | |  | | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | | |
| **身分別** | 本縣縣民且具有下列身分資格者：  □低收入戶 □中低收入戶  □其他經濟弱勢(領有中低收入老人生活津貼證明、領有身心障礙生活補助證明、符合特殊境遇家庭扶助條例或符合本縣遊民收容輔導自治條例等。) | | | | | | | | |
| **申請補助項目** | □健保欠費: 元。  □健保部分負擔費用，金額： 元。  □住院膳食費：金額： 元。  □救護車費用，金額： 元。（含隨車救護人員費用）。  □掛號費，金額： 元。  □偏遠地區交通費用，金額 元  □無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)，金額： 元 | | | | | | | | |
| **檢附文件** | 必備文件 | □本申請書。  □**須設籍本縣**國民身分證正反面影本或戶口名簿影本一份。  以下擇一項勾選：  □低收入戶影本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)  □中低收入戶影本。(其資格認定係依據社會救助法第4-1條規定)  □其他經濟弱勢：(領有中低收入老人生活津貼證明、領有身心障礙生活補助證明、符合特殊境遇家庭扶助條例或符合本縣遊民收容輔導自治條例等。) | | | | | | | |
| 其他證明文件 | **依實際申請項目檢附**  □健保繳款單及欠費明細表。  □醫療費用明細收據正本。  □救護車費用收據正本。  □計程車車資證明收據。  □急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。  □匯款金融帳號影本。 | | | | | | | |
| **初審金額**： 元 | | | | | 個案及申請人簽章： | | | | |
| 以下由衛生局審查 | | | | | | | | | |
| **審查結果** | □同意補助，總計金額： 元。  □不同意，原因： | | | | | | | | |
| 承辦人員： | | | | | | 科室主管： | | | |

備註:

1.每位個案**每年補助最高金額為30,000元整(含就醫費用及健保欠費)**。

2.補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第2條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。

3.**填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章**。

4.當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。

5.本補助之相關就醫費用以年度費用為基準。

6.各項費用核銷皆需檢附相關證明文件。

\*就醫相關費用部分需檢附醫療費用明細收據正本。

\*交通費部份(救護車費用及偏遠地區交通費)除檢附相關收據正本，另需檢附急診醫師開立之緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明。

7.申請辦理弱勢族群就醫補助請洽金門縣衛生局醫事科，聯絡電話：(082)338863轉236。

8.每次計程車資補助費用依車資證明收據為準，並以下列補助額度為上限:

|  |  |
| --- | --- |
| 路程 | 每次補助計程車車資費用上限(新臺幣:元) |
| 烈嶼鄉至衛生福利部金門醫院 | 600 |
| 金城鎮至衛生福利部金門醫院 | 320 |
| 金寧鄉至衛生福利部金門醫院 | 280 |
| 金沙鎮至衛生福利部金門醫院 | 230 |
| 金湖鎮(瓊林里、正義里、溪湖里、蓮庵里及料羅里)至衛生福利部金門醫院 | 200 |
| 金湖鎮(山外里、新湖里)至衛生福利部金門醫院 | 100 |

