附件二

1版 108.04.11
2版 110.01.04
3版 110.02.19

金門縣公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫
健保欠費/就醫 補助申請書

<table>
<tr><td colspan="8">轉介日期：　　轉介單位：　　轉介者：　　轉介單位主管(無轉介單位免)：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">個案基本資料</td><td>姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>性別</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生日</td><td colspan="2">民國　年　月　日</td><td>聯絡電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>聯絡地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請人</td><td>姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>聯絡電話</td><td></td><td>與個案關係</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>身分別</td><td colspan="7">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。)</td></tr>
<tr><td>就醫原因</td><td colspan="7">(申請健保欠費補助免填)</td></tr>
<tr><td>申請補助項目</td><td colspan="7">□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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">檢附文件</td><td>必備文件</td><td colspan="6">□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：
□低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)
□中低收入戶正本。(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。)</td></tr>
<tr><td>其他證明文件</td><td colspan="6">依實際申請項目檢附
□繳款單及欠費明細表。
□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。</td></tr>
<tr><td colspan="4">初審金額：　　元</td><td colspan="4">病人或家屬簽名：</td></tr>
</table>

1 版 108.04.11
2 版 110.01.04
3 版 110.02.19

以下由衛生局審查	
審查結	□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. 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。
6. 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)330697 轉 111。
7. 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