

## 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

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |      |    |                 |  |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|----|-----------------|--|
| 轉介日期：              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 轉介單位：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          | 轉介者： |    | 轉介單位主管(無轉介單位免)： |  |
| <b>個案基本資料</b>      | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 身分證字號    |      | 性別 |                 |  |
|                    | 生日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 民國    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 聯絡電話     |      |    |                 |  |
|                    | 聯絡地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |      |    |                 |  |
| <b>申請人</b>         | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 身分證字號    |      |    |                 |  |
|                    | 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 與個案關係    |      |    |                 |  |
| <b>身分別</b>         | 本縣縣民且具有下列身分資格者：<br><input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶<br><input type="checkbox"/> 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。)                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |      |    |                 |  |
| <b>申請補助項目</b>      | <input type="checkbox"/> 健保欠費：            元。<br><input type="checkbox"/> 健保部分負擔費用，金額：            元。<br><input type="checkbox"/> 住院膳食費：金額：            元。<br><input type="checkbox"/> 救護車費用，金額：            元。(含隨車救護人員費用)。<br><input type="checkbox"/> 掛號費，金額：            元。<br><input type="checkbox"/> 偏遠地區交通費用，金額            元<br><input type="checkbox"/> 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |      |    |                 |  |
| <b>檢附文件</b>        | <b>必備文件</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 本申請書。<br><input type="checkbox"/> 須設籍本縣國民身分證正反面影本或戶口名簿影本一份。<br>以下擇一項勾選：<br><input type="checkbox"/> 低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定)<br><input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> 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。)     |          |      |    |                 |  |
|                    | <b>其他證明文件</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>依實際申請項目檢附</b><br><input type="checkbox"/> 繳款單及欠費明細表。<br><input type="checkbox"/> 健保繳款單及欠費明細表。<br><input type="checkbox"/> 醫療費用明細收據正本。<br><input type="checkbox"/> 救護車費用收據正本。<br><input type="checkbox"/> 計程車車資證明收據。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 匯款金融帳號影本。 |          |      |    |                 |  |
| 初審金額：            元 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 病人或家屬簽名： |      |    |                 |  |

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                  |

