

# 授權同意書

申請人\_\_\_\_\_與受補助人\_\_\_\_\_為\_\_\_\_\_

關係，因申請「高雄市經濟弱勢市民醫療補助」，同意授權由高雄市政府社會局查詢自費項目之明細及用途，以及是否適用健保給付等問題，以利高雄市政府社會局作為審查依據。

特此證明

(醫院名稱)

立書人

身分證字號

地址

就醫期間

電話

(請留可供醫院聯繫之電話，以利醫院去電確

認本人是否真有同意)

中華民國

年

月

日