

高雄市政府公務人員因公傷病住院及門診繼續醫療補助申請表暨收據

中華民國 年 月 日

服務機關		職稱	
申請人姓名		身分證字號	
適用情事	<input type="checkbox"/> 因執行職務發生危險。 <input type="checkbox"/> 因公差遭遇意外危險或罹病。 <input type="checkbox"/> 因辦公往返或在辦公場所遇意外危險。 <input type="checkbox"/> 因盡力職務，積勞過度。		
事實經過	(含發生時間、地點、原因及造成傷害等說明。)		
申請次數	<input type="checkbox"/> 初次申請。 <input type="checkbox"/> 繼續申請，第____次申請。		
申請金額	<input type="checkbox"/> 醫療費健保自付額計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 住院費健保自付額及病房費差額計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 陪伴(看護)費計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 救護車及隨車救護人員費用計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 裝配或重新換配義肢費用計新臺幣_____元。 <input type="checkbox"/> 其他(行政院人事行政總處函釋得補助項目)計新臺幣_____元。		

	<p>合計：新臺幣__佰__拾__萬__仟__佰__拾__元整。</p>
<p>證明文件</p>	<p><input type="checkbox"/>中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之診斷證明書【申請陪伴(看護)費用補助者，醫療機構需於診斷證明書載明醫療上確須僱用陪伴(看護)人員之證明文字】1份。</p> <p><input type="checkbox"/>繳費單據1冊(計__紙)。</p> <p><input type="checkbox"/>自付費用一覽表1份。</p> <p><input type="checkbox"/>公傷假核准簽案影本1份。</p>
<p>服務機關 證明事項</p>	<p><input type="checkbox"/>申請人確因執行職務所生之危險，以致傷病。</p> <p><input type="checkbox"/>申請人確因公差遭遇意外危險或罹病。</p> <p><input type="checkbox"/>申請人確因辦公往返或在辦公場所遇意外危險，以致傷病。</p> <p><input type="checkbox"/>申請人確因盡力職務，積勞過度，以致傷病(如附證明書)。</p>
<p>承辦單位 審核</p>	<p><input type="checkbox"/>本案經查其發生事故之事實合於發給醫療補助，依下列項目發給醫療補助計新臺幣__佰__拾__萬__仟__佰__拾__元整：</p> <p>一、請領項目</p> <p><input type="checkbox"/>醫療費健保自付額計新臺幣_____元。</p> <p><input type="checkbox"/>住院費健保自付額及病房費差額計新臺幣_____元。</p> <p><input type="checkbox"/>陪伴(看護)費計新臺幣_____元。</p>

救護車及隨車救護人員費用計新臺幣_____元。

裝配或重新換配義肢費用計新臺幣_____元。

其他(行政院人事行政總處函釋得補助項目)計新臺幣____
元。

二、無應抵充因公傷病住院醫療補助情形。

抵充已依_____ (填其他公部門名稱) 預算或基金支
給之因公傷病住院醫療補助新臺幣_____元。

抵充已依_____ (填其他法令名稱) 規定發給與因公
傷病住院醫療補助同性質之給付新臺幣_____元。

本案不符合發給醫療補助，理由如下：

單位主管	承辦單位	出納單位	會計單位	機關首長

茲 領 到

新臺幣 ___佰 ___拾 ___萬 ___仟 ___佰 ___拾 ___元整

此 據

具領人：

(簽章)

身分證字號：

住址：

中華民國 年 月 日

註記：

依行政院主計處民國 95 年 10 月 17 日處會三字第 0950006059 號書函規定，機關以劃撥轉帳方式存入員工帳戶之款項，得以金融機構之簽收或證明文件作為支出憑證，員工得免填寫收據。但未採直撥入帳者，仍應取得受領人或代理人簽名之收據。

因公傷病住院
醫療補助
切結事項

本人已詳細閱讀因公醫療補助請領規定，並如實提供相關佐證資料(含應予抵充資料)。如有虛偽欺矇情事，願退還所領補助全數，並依法受罰。以上所具切結屬實。