

醫療費用申請表

醫療費用明細

醫療費用證明

申請日期： 年 月 日

患者姓名			
身份證字號		病歷號碼	由批價人員填寫
費用期間	年 月 日至	年 月 日	
申請份數			
申請人簽章			
受託人簽章： 受委託人與申請人關係： 受委託人聯絡電話： 取件人聯絡方式：			
備註	1、醫療費用明細每份100元。 2、醫療費用證明第一份50元，每增加一份30元。 3、如需委託本院代為郵寄者，應自付36元郵資。 4、表單製作需三個工作日，完成後以電話通知取件。		

本申請書一式兩份：一份留存掛號室，一份留存會計室

批價人員：

單位主管：

會計人員：

(適用醫療費用證明)

中華民國

年

月

日