



全民健康保險自墊醫療費用核退申請書

粗線內請勿填寫(受理機關審核欄)

① 就醫地區		<input type="checkbox"/> 臺灣地區內 <input type="checkbox"/> 臺灣地區外		受理號碼				受理日期			
② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 保 險 正 對 機 象 關 收 容 人	姓名		身分證字號				出生日期		年 月 日		
	臺灣地區內 通訊地址		縣 鄉鎮 街 段 巷 弄 號 樓 市 市區 路								
	臺灣地區內電話		公() 住()				手機:				
③ 就 醫 情 形	就醫國別: (不同國別請另填申請書)				給付類別: <input type="checkbox"/> 自然生產 <input type="checkbox"/> 剖腹產 <input type="checkbox"/> 重大傷病 (須符合全民健康保險重大傷病範圍) <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 其他 (非前述給付類別)						
	診別		請詳列看診日期或住院起迄日		就醫次數		就醫院所名稱				
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診										
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診										
④ 申 請 金 額	1. 幣別: <input type="checkbox"/> 新台幣 <input type="checkbox"/> 人民幣 <input type="checkbox"/> 港幣 <input type="checkbox"/> 泰銖 <input type="checkbox"/> 印尼盾 <input type="checkbox"/> 日幣 <input type="checkbox"/> 歐元 <input type="checkbox"/> 美金 <input type="checkbox"/> 其他(就醫國家) _____										
	2. 收據總金額										
⑤ 自 墊 費 用 原 因 (請 於 原 因 欄 詳 述)	<input type="checkbox"/> 1. 於臺灣地區內, 因緊急傷病或分娩, 須在非保險醫事服務機構立即就醫。(4.2)								申請期限		
	<input type="checkbox"/> 2. 於臺灣地區外, 因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩, 須在當地醫事服務機構立即就醫。(4.1)								急診、門診或出院之日起6個月內。出海作業之船員為返國入境之日起6個月內。		
	<input type="checkbox"/> 3. 保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩, 因不可歸責於保險對象之事由, 致自墊醫療費用。 <input type="checkbox"/> 於就醫時未能及時繳驗健保卡或身分證件, 且因不可歸責於保險對象之事由, 致未及於就醫日起10日內(不含例假日)向保險醫事服務機構補送保險憑證申請退費(2) <input type="checkbox"/> 未以下列免部分負擔或優待部分負擔就醫類別 <input type="checkbox"/> 職災(3.1) <input type="checkbox"/> 低收入戶(3.2) <input type="checkbox"/> 榮民(3.3) <input type="checkbox"/> 結核病(3.4) <input type="checkbox"/> 重大傷病(3.5) <input type="checkbox"/> 殘障手冊(門診基本部分負擔不分醫院層級一律50元) <input type="checkbox"/> 其他										
	<input type="checkbox"/> 4. 於保險人暫行停止給付期間自墊下列醫療費用, 並已繳清保險費等相關費用。(1) <input type="checkbox"/> 在保險醫事機構診療或分娩。 <input type="checkbox"/> 於臺灣地區內, 因緊急傷病或分娩, 須在非保險醫事服務機構立即就醫。 <input type="checkbox"/> 於臺灣地區外, 因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩, 須在當地醫事服務機構立即就醫。										繳清相關費用之日起6個月內。
	<input type="checkbox"/> 5. 全年累計急性病房30日內或慢性病房180日內之應自行負擔住院費用超過主管機關所定上限(5)								次年6月30日前。		
自墊費用原因(或不可歸責事由)說明:											
⑥ 檢 附 書 據	於臺灣地區內, 因緊急傷病或分娩, 須在非保險醫事服務機構立即就醫		於臺灣地區外, 因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩, 須在當地醫事服務機構立即就醫				保險對象於保險人暫行停止給付期間(或因不可歸責之事由), 在保險醫事服務機構診療或分娩		全年住院部分負擔超過上限		
	<input type="checkbox"/> 1. 費用收據正本及費用明細 <input type="checkbox"/> 2. 診斷書或證明文件(住院案件需附出院病歷摘要) <input type="checkbox"/> 3. 其他:		<input type="checkbox"/> 1. 費用收據正本及費用明細, 如非英文, 應檢附中文翻譯 <input type="checkbox"/> 2. 診斷書或證明文件(住院案件需附出院病歷摘要), 如非英文, 應檢附中文翻譯 <input type="checkbox"/> 3. 當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明 <input type="checkbox"/> 4. 其他: 公證驗證書(大陸地區住院天數≥5天者之費用收據正本及診斷書需經公證、驗證)				<input type="checkbox"/> 1. 費用收據正本及費用明細 <input type="checkbox"/> 2. 其他:		<input type="checkbox"/> 1. 費用收據正本及費用明細 <input type="checkbox"/> 2. 其他:		
<input type="checkbox"/> 免部分負擔或優待部分負擔證明。 <input type="checkbox"/> 收據非正本聲明書: 持收據影本者, 應由原醫療機構加蓋印信證明與原本相符(臺灣地區外有困難者免加蓋印信), 並註明無法提出原本之原因。 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本(如不同戶籍需檢附關係證明文件影本, 法定代理人申請需檢附)。 <input type="checkbox"/> 死亡證明文件(法定繼承人申請檢附)。 <input type="checkbox"/> 死亡繼承聲明書及繼承人身分證明文件(法定繼承人申請檢附)。 <input type="checkbox"/> 如委託他人申請或保險對象未入境時, 需檢附委託書及受託人身分證明文件影本。											
⑦ 付 款 方 式	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理(繼承)人 <input type="checkbox"/> 矯正機關: 身分證統一編號(矯正機關代碼): _____ 連絡電話: _____										
	<input type="checkbox"/> 1. 轉帳: 戶名 _____ 銀行名稱 _____ 轉帳帳號 _____ (請附存摺封面影本)。 (以下列15家行庫為限: 004 台灣銀行、005 土銀、006 合庫、007 一銀、008 華銀、009 彰銀、012 台北富邦、016 高銀、017 兆豐銀、050 台灣企銀、700 郵局、808 玉山、815 日盛銀、816 安泰銀、822 中信銀) ※非以上行庫, 請勿填寫。 <input type="checkbox"/> 2. 支票										
⑧ 申 請 人 簽 章	* <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 紓困貸款, 申請人如有積欠健保費或滯納金等, 同意將退費金額優先繳付欠費或紓困基金貸款。										
	<input type="checkbox"/> 1. 保險對象 簽章: _____ <input type="checkbox"/> 2. 法定代理(繼承)人 <input type="checkbox"/> 3. 矯正機關 <input type="checkbox"/> 4. 受託人簽章: _____ (與保險對象關係) _____ 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日										