

基隆市衛生局 函

地址：基隆市信義區信二路266號
承辦人：沈欣怡
電話：02-2425-2221 分機1509
電子信箱：oreo5417@mail.klcg.gov.tw

202
基隆市中正區信四路11號六樓

受文者：基隆市醫師公會

發文日期：中華民國114年3月21日

發文字號：基衛醫壹字第1140201676號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：有關本(114)年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫業已開始執行，請依說明段配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據114年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫暨衛生福利部113年8月21日衛部保字第1130137168號函辦理。
- 二、為協助低收入邊緣戶等弱勢族群，排除其就醫障礙經濟困難，請貴院依旨案計畫於本(114)年11月30日前檢具相關文件向本局提出申請，俾利辦理核銷事宜。
- 三、另請各公會轉知會員，如有符合申請資格就醫民眾，可協助提供訊息或協助辦理。
- 四、另為爭取本市市民最佳福祉，請貴院積極辦理，俾利提高執行績效，據以日後向衛生福利部積極爭取本市公益彩券回饋金之額度。

正本：本市9家醫院+、4大公會
副本：各區衛生所、本局醫政科

局長張賢政

基隆市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

就醫補助申請書

轉介單位：		轉介者：		轉介日期：	
個案基本資料	姓名		身分證字號		生日 民國 年 月 日
	性別		聯絡地址		
	電話		行動電話		
目前狀況	家庭背景及經濟狀況：(家系圖、主要經濟來源、負債、目前或曾經領有的補助情形等)				
	就醫原因：(診斷、就醫時情形、目前病況情形)				
申請條件	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 其它經濟弱勢： _____ (領有中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助或符合本市遊民收容輔導辦法者等)				
申請補助項目	以下申請項目依實辦理核銷手續 ☐ 健保欠費，金額： _____ 元。(每人每年 6,000 元為上限。) ☐ 健保部分負擔費用，金額： _____ 元。【指健保在保者，就醫時，由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用(包括門診、急診、住院)。】 ☐ 住院膳食費：金額： _____ 元(住院期間健保不給付之膳食費用)。 ☐ 救護車費用，金額： _____ 元。(病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用(含隨車救護人員費用)。每人每年 6,000 元為上限。 ☐ 掛號費，金額： _____ 元(健保不給付之門診、急診及住院掛號費用)。 ☐ 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【係指無健保身分者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費等)】 總計金額： _____ 元				

檢 附 文 件	必備文件	☐ 本申請書。 ☐ 須設籍本市並檢附身分證影本或戶口名簿影本。 以下擇一項勾選： ☐ 低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定) ☐ 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) ☐ 其他經濟弱勢：中低收入老人證明、領有身心障礙者生活補助證明正本或符合本市遊民收容輔導辦法者。		
	其他證明文件	依實際申請項目檢附 ☐ 醫療費用明細收據正本。 ☐ 救護車費用收據正本。 ☐ 計程車車資證明收據。【附件一】 ☐ 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。 ☐ 其他		
病人或家屬簽名：		填表人：		單位主管：
以下由衛生局審查				
審查結果	☐ 同意補助，總計金額： 元。 ☐ 不同意，原因：			
承辦人員：		科室主管：		

備註：

1. 每位個案每年補助最高金額為 30,000 元整。
2. 健保欠費及救護車費用每年補助上限為 6,000 元整
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)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。

基隆市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫

健保欠費申請書

轉介單位：		轉介者：		轉介日期：	
個案基本資料	姓名		身分證字號		生日 民國 年 月 日
	性別		聯絡地址		
	電話		行動電話		
申請條件	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 其它經濟弱勢：_____				
(領有中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助或符合本市遊民收容輔導辦法者等)					
檢附文件	☐ 本申請書。 ☐ 須設籍本市並檢附身分證影本或戶口名簿影本。 以下擇一項勾選：				
	☐ 低收入戶正本。(其資格認定係依據社會救助法第4條規定) ☐ 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) ☐ 其他經濟弱勢：中低收入老人證明、領有身心障礙者生活補助證明或符合本市遊民收容輔導辦法者。 ☐ 健保繳款單及欠費明細表。				
因無力繳納健保費或積欠健保費者，申請健保欠費共_____元整。					
申請人簽名：		填表人：		單位主管：	
以下由衛生局審查					
審查結果	☐ 同意補助，總計金額：_____元。				
	☐ 不同意，原因：_____				
承辦人員：			科室主管：		

備註：

1. 每位個案每年補助健保欠費最高金額共 6,000 元整。
2. 填寫資料若有更正處，請於塗改處加蓋填寫人印章。
3. 當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。

同 意 書

本人_____，戶籍地基隆市_____區_____里_____

申請「基隆市公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫」，申請項目費用如下：

項目	經費內容	合計(元)
☐ 健保欠費		
☐ 健保部分負擔		
☐ 住院膳食費		
☐ 掛號費		
☐ 救護車費用		
☐ 無健保身分者就醫時 之醫療自付費用		
合 計		
請款金額萬元整(補助上限)		

茲已檢附(☐國民身分證正反面影本或戶口名簿影本乙份或居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士) ☐低收入戶證明文件 ☐中低收入戶證明文件 ☐各級政府證明文件 ☐醫療費用明細或醫療明細收據正本) 且同意由_____醫院代為申請，申請人若已重複申請其他補助計畫或各項補助費用超出每人每年30,000元；皆不予補助。

此致。

基隆市衛生局

申請人簽章：

身分證字號：

中 華 民 國

年

月

日