

附件七

醫療需使用自費項目說明

病患姓名

_____於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱

_____在本院接受治療，因病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施行）健保無給付之自費項目，醫師本於專業之知識與訓練，認自費項目係用於本次醫療並確有其醫療必要性，非使用於與本病情無關之用途。

此致

彰化縣政府

醫師：

中華民國 年 月 日

自費項目一覽表

※若醫院已開立自費項目明細表，可用醫院開立之自費項目明細表代替本一覽表，由醫院開立之自費項目明細表請先用中文表示項目名稱，若無，再使用英文，另材料費請分別敘明係一般材料或特殊材料。）

| 編號 | 自費項目名稱 | 單價 | 備註 |
|----|--------|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※（本自費項目一覽表請先以中文表示項目名稱，若無，再使用英文，另材料費請分別敘明係一般材料或特殊材料。）

此致 彰化縣政府

本表格可自行複印延伸使用，另請註明「以下空白」等字樣。