

證明書

病患姓名

_____ 於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱

_____ 在本院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付之自費項目。經專業評估後，該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。

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，則可代替本一覽表。

※自費項目名稱請以中文表示，若無，再使用英文。

※材料費請分別敘明係一般材料或特殊材料。

※表格可自行複印延伸使用，另請註明「以下空白」等字樣。

編號	自費項目名稱	自費金額
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※本表單申請彰化縣政府辦理弱勢兒童及少年醫療補助使用