

姓名：
病室： 床號：
病歷號碼：

全民健康保險病患自願付費同意書

高雄榮民總醫院屏東分院

病患_____，性別：☐男☐女，_____年_____月_____日生，經醫師解釋及詳讀以下內容已確實瞭解，下列醫療項目係超出健保給付範圍，由於醫療或個人需求，本人自願負擔該一切費用並要求施行，絕無異議，並不再向健保局及有關單位提出申訴。若因上述事項涉訟時，同意以臺灣臺南地方法院為管轄法院，並放棄先訴抗辯權。恐口說無憑，特立此書為證。

此致

高雄榮民總醫院屏東分院

※自費原因：【請於☐內打『』】

☐保險未納入給付 ☐事前審查不同意者 ☐超量用藥 ☐超量特材

☐其適應症或報告數值不符保險給付規定 ☐病患自行要求

☐其他：

☐自願使用較昂貴或高科技術之項目，其優缺點解釋說明如下述：

優點：_____

缺點：_____

※自費項目：【請務必填寫清楚】

收費代碼	項目名稱	單位	數量	金額

※附註：

- 一、立同意書人，由病患親自簽具：病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其配偶、親屬、法定代理人或關係人代簽，並加具說明。
- 二、立同意書人非病人本人者，『與病人之關係』欄應予填載。
- 三、立同意書人請務必詳閱其說明，如有任可疑問或須更進一步瞭解，請於簽具本同意書前，詳細詢問相關醫師。
- 四、自費衛材，健保或有類似之產品或功能，可以替代並節省其費用支出，請使用前再次與主治醫師詢問並確認其自費之必要性。
- 五、自費衛材在病人出院時，請務必結清款項，否則院方將會循管道（如：存證信函、法院告訴等方式）催討，請患者於簽字同意書前，務必三思並與主治醫師再次討論其必要性。

立同意書人姓名：

簽章：

身分證統一編號：

通訊地址：

電話：

手機：

與病人之關係：

見證人：

中 華 民 國 年 月 日