

高雄市立聯合醫院

醫療費用明細 / 醫療費用收據(副本) 申請單

申請範圍：門診 急診 住院

申請日期： 年 月 日

姓名： 病歷號碼：

身分證號碼：

費用日期： 年 月 日至 年 月 日

申請份數：門診 份/急診 份/住院 份

※醫療費用明細每次申請一份100元(醫令碼：00205T)、當次申請同內容第二份以後每份30元(醫令碼：00206S)

※醫療費用收據(副本)一份10元(醫令碼：00205S)

※醫療費用明細採不分科列印，如需指定科別列印請事先告知並註明，如需分開科別列印時，費用將各別計算。

申請人簽章： 連絡電話：

受委託人簽章：

受委託人與申請人關係：

受委託人聯絡方式：
(適用於醫療費用明細申請單者)

承辦人： 取件人簽名： 批價員簽章：

備註：『醫療費用明細』表單製作，待完成後另以電話通知取件並收取費用。