**馬偕紀念醫院/馬偕兒童醫院 費用證明申請單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病人姓名：**  | 身分證統一編號或病歷號碼： |  | 電話： |
| **被委託代理人/法定代理人：** | 身分證統一編號： | 與委託人關係： | 電話： |
| 申請內容 | 期間(科別) | 份數 | **備註** |
| **一、自付明細表 □台北院區 □淡水院區** | 日期: |  | **※自付明細表現場製作需花費15-20分鐘，依現場狀況而定****※僅提供五年內之收據** **※如有攜帶欲申請收據之正本，則無需填寫** |
| 1.□全部費用 2.□藥品費3.□檢查費  | 4.**□**手術、麻醉費5.**□**材料費  |
| 科別: |
| **二、收據副本 □台北院區 □淡水院區**1.□門診2.□住院3.□急診4.**□**全部 | 日期: |  | **※僅提供五年內之收據** **※如有攜帶欲申請收據之正本，則無需填寫****※若有指定科別，請於期間欄詳細註明之** |
| 科別: |
| **三、醫療費用彙總證明**1.□門診2.□住院3.□急診4.**□**全部 | 日期: |  |
| 科別: |

**※填好此單後，於住院中心號碼機抽取收據補發號碼牌並等待叫號**

**若委託代理人，請翻至背面續填委託同意書**

**馬偕紀念醫院/馬偕兒童醫院　費用證明委託同意書(無則免填)**

本人 (**□**病人 **□**法定代理人 **□**具繼承權者 )因故無法親自至 貴院申請/領取病人

 (國民身分證統一編號： 、病歷號： )之費用證明，因此同意授權  (被委託代理人)先生/女士代為前往 貴院領取費用證明。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切相關法律責任，懇請 貴院惠予協助。

此致馬偕紀念醫院

立委託書人：  (簽章) 國民身分證統一編號：

被委託書人：  (簽章) 國民身分證統一編號：

與立委託書人的關係：

本被委託書人確實經委託人授權代辦申請/領取資料，如有虛假、偽冒，願自負相關法律責任，並賠償 貴院衍生之損失。

中 華 民 國 年 月 日（自授權日起之三個月內有效）

**馬偕紀念醫院/馬偕兒童醫院 費用證明申請須知**

申請方式：可透過現場櫃檯申請或E-mail申請

(台北馬偕領件請寄：mmh1213@mmh.org.tw/淡水馬偕領件請寄：mmh3213@mmh.org.tw)

領件地點：可選擇台北馬偕或淡水馬偕

一、申請流程：

(一)填寫申請單，備妥身分證明文件正本(委託他人需有雙方簽章之委託同意書)。

(二)於住院中心號碼機抽取收據補發號碼牌依燈號辦理。

(三)領件並繳費。

二、應備證件(領件時需出示以供查驗)：

(一)病人本人：身分證、健保卡※無身分證者，以戶口名簿(未成年者)、居留證(外籍人士)代替

(二)委託代理人：病人身分證正本、委託同意書、被委託代理人身分證正本。

(三)法定代理人(未成年、受監護宣告或輔助宣告者)：病人身分證正本(未成年者得提供戶口名簿或戶籍謄本正本)、法定代理人身分證正本※無身分證之外籍人士者，以居留證代替

(四)具繼承權者(申請往生者資料)：具繼承權者(配偶、子女或依民法1138條規定)身分證正本、與病人關係證明文件【身分證、有記事的戶口名簿或戶籍謄本(六個月內有效)等正本】、病人除戶證明正本(①除戶謄本正本或②死亡證明書正本或③驗屍證明書正本)。