

雲林縣褒忠鄉公所及所屬機關公務人員
因公意外受傷住院醫療補助申請表

中華民國 年 月 日

服務機關		職稱	
申請人姓名		身分證字號	
申請種類	☐ 燒燙傷住院醫療補助(每人上限新臺幣10萬元整) ☐ 受傷住院醫療補助(每人上限新臺幣5萬元整)		
事實經過	(含發生時間、地點、原因及造成傷害等說明。)		
申請次數	☐ 初次申請。 ☐ 繼續申請，第 次申請，已累計申請金額計新臺幣 元。		
申請金額	☐ 同一意外受傷住院前之急診、門診及掛號費用及出院後之門診繼續醫療自付費用計新臺幣 元。(如非首次申請同一傷病醫療費，應併檢附前住院醫療補助核准表件) ☐ 救護車及隨車救護人員費用計新臺幣 元。 ☐ 其他健保不給付並經醫師指定所必須之醫療費用： ☐ 依醫囑使用之輔具費用(已獲政府補助者不得重複申請)計新臺幣 元。 ☐ 病房費差額(以健保病房費給付標準高一等級為限)計新臺幣 元。 ☐ 陪伴/看護費(住院期間為限)計新臺幣 元。 ☐ 基本負擔費用、診察費、材料費計新臺幣 元。 ☐ 植補牙齒計新臺幣 元。 ☐ 裝配或重新換配義肢費用計新臺幣 元。 ☐ 其他費用： 計新臺幣 元。 合計：新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整。		
證明文件	☐ 中央衛生主管機關評鑑合格醫院出具之診斷證明書【申請陪伴(看護)費用補助者，醫療機構需於診斷證明書載明醫療上確須僱用陪伴(看護)人員之證明文字】1份。 ☐ 繳費單據1冊(計 紙)。 ☐ 自付費用一覽表1份。 ☐ 公傷假核准簽案影本1份。		
服務單位核章			

(承辦單位
審核

☐ 本案經查其發生事故之事實合於發給醫療補助，合計發給新臺幣_____元整。(請依實際情形勾選以下項目)

一、依本注意事項規定發給醫療補助新臺幣_____元整。

二、☐ 無應抵充因公傷病住院醫療補助情形。

☐ 有重大過失情事，減發30%住院醫療補助新臺幣_____元整。

☐ 抵充已依_____ (填其他法令名稱) 規定發給與因公傷病住院醫療補助同性質之給付新臺幣_____元整。

☐ 抵充已依_____ (填其他公部門名稱) 預算或基金支給之因公傷病住院醫療補助新臺幣_____元整。

☐ 已投保_____險，抵充已領之保險給付新臺幣_____元整。

☐ 本案不符合發給醫療補助，理由如下：

人事單位

出納單位

會計單位

機關首長

執行職務意外
受傷住院
醫療補助
切結事項

本人申請執行職務意外受傷住院醫療補助，申請事由與檢附文件倘有虛偽欺瞞情事，願退還所領補助全數，並依法受罰，所具切結屬實。