

新北市政府家庭暴力及性侵害被害人驗傷醫療補助費用申請明細表暨請領清冊

醫院名稱： _____ 民國 _____ 年 _____ 月

編號	姓名	病歷號碼	健保身份(N/Y)	就診科別	健保不給付項目			健保給付超過限額部分或需自費項目費用								專案申請	合計	
					掛號費	診斷證明書或驗傷單費	部份負擔費	診察費	材料費	藥費	藥事服務費	驗孕費	檢驗費	接生費	接生材料費	檢查費		項目
								處置費	會診費	麻醉費	麻醉材料費	手術費	手術材料費	注射費	放射治療費	血液費		金額
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
總計金額																		

備註：本表一式3份，2份函送本府家庭暴力暨性侵害防治中心申請，1份由醫療院所存查。