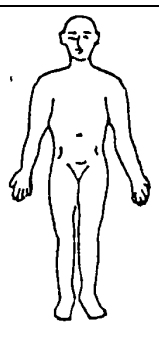


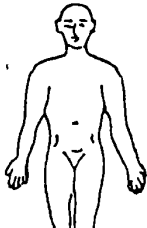
# 全民健康保險義肢給付申請書

保險對象	姓名		受理日期		受理編號		
身分證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年	月	日
連絡地址及電話							
戶籍地址							
肢體缺損原因				肢體缺損日期	年	月	日
曾經診斷治療醫院名稱				醫院地址	縣	市鄉	鎮區
					市		
申請人簽章		申請日期	年	月	日	是否曾請領勞工保險義肢給付	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保 險 醫 療 機 構 診 斷 欄							
肢 體 缺 損 詳 況							
殘廢部位				建議發置義肢種類			
殘廢部位圖解說明				所列肢體缺損者確經本醫師親自診斷，特此證明。 保險醫療機構：(印章) 負責醫師：(蓋章) 診斷醫師：(蓋章) 中華民國 年 月 日			
							
傷病發病前已有殘廢者其部位及程度							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
行政院衛生署中央健保局審核欄					審查醫師審核意見		

<input type="checkbox"/> 同意給付 <input type="checkbox"/> 不符給付規定： <input type="checkbox"/>			
經辦		複核	
課長		決行	

( 第二聯：核定通知正聯，由保險對象存執 )

## 全民健康保險義肢給付申請書

保險對象	姓名		受理日期		受理編號	
身分證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年	月 日
連絡地址及電話						
戶籍地址						
肢體缺損原因				肢體缺損日期	年	月 日
曾經診斷治療醫院名稱				醫院地址	縣	市鄉
					市	鎮區
申請人簽章		申請日期	年	月	日	是否曾請領勞工保險義肢給付 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保 險 醫 療 機 構 診 斷 欄						
肢 體 缺 損 詳 況						
殘廢部位			建議發置義肢種類			
殘廢部位圖解說明						
						
所列肢體缺損者確經本醫師親自診斷，特此證明。						

	保險醫療機構：	(印章)
傷病發病前已有殘廢者其部位及程度	負責醫師：	(蓋章)
	診斷醫師：	(蓋章)
<input type="checkbox"/> 有	中華民國      年      月      日	
<input type="checkbox"/> 無		

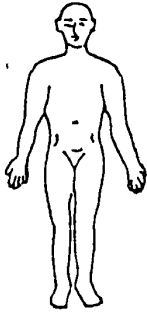
行政院衛生署中央健保局審核欄

<input type="checkbox"/> 同意給付
<input type="checkbox"/> 不符給付規定：
<input type="checkbox"/>

(第三聯：核定通知副聯一，由保險醫療機構存執)

## 全民健康保險義肢給付申請書

保險對象	姓名		受理日期		受理編號	
身分證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年	月 日
連絡地址及電話						
戶籍地址						
肢體缺損原因		肢體缺損日期	年	月	日	
曾經診斷治療醫院名稱		醫院地址	縣	市鄉	市	鎮區
申請人簽章		申請日期	年	月	日	是否曾請領勞工保險義肢給付 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保 險 醫 療 機 構 診 斷 欄						
肢 體 缺 損 詳 況						
殘廢部位	建議發置義肢種類					

殘廢部位圖解說明			
		所列肢體缺損者確經本醫師親自診斷，特此證明。	
傷病發病前已有殘廢者其部位及程度		保險醫療機構：	(印章)
		負責醫師：	(蓋章)
		診斷醫師：	(蓋章)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		中華民國      年      月      日	
行政院衛生署中央健保局審核欄			
<input type="checkbox"/> 同意給付 <input type="checkbox"/> 不符給付規定： <input type="checkbox"/>			

(第四聯：核定通知副聯二，寄交申請人戶籍所在地直轄市或縣(市)政府社政單位)

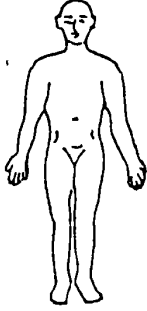
## 全民健康保險義肢給付申請書

保險對象	姓名		受理日期		受理編號	
身分證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年	月 日
連絡地址及電話						
戶籍地址						
肢體缺損原因				肢體缺損日期	年	月 日
曾經診斷治療醫院名稱				醫院地址	縣	市鄉 市 鎮區

申請人簽章		申請日期	年 月 日	是否曾請領勞工保險 義肢給付	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
-------	--	------	-------	-------------------	--

保 險 醫 療 機 構 診 斷 欄

肢 體 缺 損 詳 況

殘廢部位		建議發置義肢種類
殘廢部位圖解說明		
		
傷病發病前已有殘廢者其部位及程度		所列肢體缺損者確經本醫師親自診斷，特此證明。  保 險 醫 療 機 構： (印章) 負 責 醫 師： (蓋章) 診 斷 醫 師： (蓋章)  中 華 民 國 年 月 日
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

行政院衛生署中央健保局審核欄

<input type="checkbox"/> 同意給付
<input type="checkbox"/> 不符給付規定：
<input type="checkbox"/>