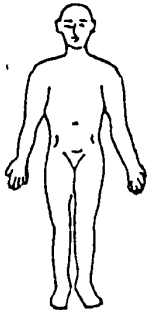
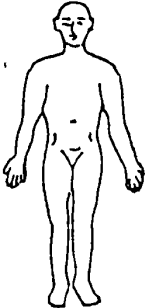


全民健康保險義肢給付申請書

保險對象	姓名		受理日期		受理編號	
身分證號			性別	☐ 男 ☐ 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	
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	☐ 是 ☐ 否
保險醫療機構診斷欄						
肢體缺損詳情						
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						
☐ 有 ☐ 無						
行政院衛生署中央健保局審核欄					審查醫師審核意見	
☐ 同意給付 ☐ 不符給付規定： ☐						
經辦		複核				
課長		決行				

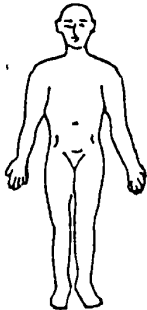
(第二聯：核定通知正聯，由保險對象存執)

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	☐ 男 ☐ 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	
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	☐ 是 ☐ 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						
☐ 有 ☐ 無						
行政院衛生署中央健保局審核欄						
☐ 同意給付 ☐ 不符給付規定： ☐						

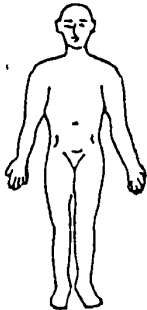
(第三聯：核定通知副聯一，由保險醫療機構存執)

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	☐ 男 ☐ 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	
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	☐ 是 ☐ 否
保險醫療機構診斷欄						
肢體缺損詳情						
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						
☐ 有 ☐ 無						
行政院衛生署中央健保局審核欄						
☐ 同意給付 ☐ 不符給付規定： ☐						

(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	☐ 男 ☐ 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
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	☐ 是 ☐ 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						
☐ 有 ☐ 無						
行政院衛生署中央健保局審核欄						
☐ 同意給付 ☐ 不符給付規定： ☐						