


# 全民健康保險重大傷病證明申請書

(第一聯：健保局審查聯)

醫事機構代碼：

姓名			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月 日
			受理申 請日期		受理 編號	(申請人勿填)
			連 絡 電 話			
應加填國際疾病分類碼(ICD-9-CM)						
醫師簽章：			開 立 申 請 日 期	年 月 日	新 換 申 發 復	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>1.本申請書一式二聯，另檢附身分證明文件影本，由保險對象向中央健康保險局各分局填報。(本申請書加蓋醫院戳章及醫師章，視同診斷書，於開立30日內有效)</p> <p>2.持重大傷病證明卡接受之治療，以該證明所填載之傷病名稱為限。</p> <p>1.<input type="checkbox"/>同意發給重大傷病證明。</p> <p>2.<input type="checkbox"/>不符申請條件，不同意。</p> <p>理由：</p> <p>3.<input type="checkbox"/>資料寫不全，請補正。</p> <p>4.<input type="checkbox"/></p>						
醫務管理戳章：			日期戳章：		審 查 醫 師	
決 行	課 長		複 核		承 辦 人	

本申請書一式兩聯

# 全民健康保險重大傷病證明申請書

(第二聯：核定通知審查聯)

性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期		年 月 日	
受理申 請日期		(申請人勿填)		受理 編號		(申請人勿填)
應加填國際疾病分類碼(ICD-9-CM)		連 絡 電 話		特約醫療院所用印		
醫師簽章：  自 年 月 日 至 年 月 日 止 日 至 日 止 <input type="checkbox"/> 永 久						
台端申請書經中央健康保險局審查結果如下： 1. <input type="checkbox"/> 經審查符合全民健康保險法第 36 條第 2 項主管機關公告之全民健康保險重大傷病範圍，同意核發重大傷病證明。持該證明卡接受之治療，以該證明所填載之傷病名稱或經診治醫師認定為該傷病之相關治療為限。 2. <input type="checkbox"/> 經審查不符全民健康保險法第 36 條第 2 項主管機關公告之全民健康保險重大傷病範圍，不同意發給重大傷病證明。 3. <input type="checkbox"/> 經審查後，請補正下列資料：  4. <input type="checkbox"/> 其他						
醫 務 管 理 專 用 章				日 期 章 戳		
簽 章 或 代 辦 人				健 保 局 審 核 意 見 欄		
保 險 象 分 號				注 意 事 項		
對 身 證 號				本申請書一式兩聯		
連 地 址				名		

保 險 對 象	姓 名				
	身 分 證 號				
	連 絡 地 址				
		診 斷 病 名			
			有 效 期		
				健 保 局 審 核 結 果 欄	