

雲林縣醫療補助審核作業規定

100年6月9日府社教字第1000608455號修正

一、本作業規定依據內政部訂定縣（市）醫療補助辦法第七條規定訂定之。

二、補助對象：設籍本縣而有下列情形之一者：

- (一) 低收入戶之傷、病患者。
- (二) 中低收入戶之傷、病患者。
- (三) 非屬前二款患嚴重傷、病，家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費一點五倍，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者。

前項第三款動產限額為平均每人每年未超過新台幣十五萬元，不動產限額新台幣六百五十萬元；家庭應計人口，依據社會救助法第五條之規定。

依第一項第二款規定申請者，以最近三個月內所花費之醫療費用累計達新台幣三萬元以上者為限。依第一項第三款規定申請者，以最近三個月內所花費之醫療費用累計達新台幣五萬元以上者為限。

三、補助項目：

自行負擔之醫療費用，以因疾病、傷害事故就醫所生全民健康保險之部分負擔醫療費用或健康保險給付未涵蓋之醫療費用為限，不含義肢、義眼、義齒、配鏡、鑲牙、整容、整形、病人運輸、指定醫師、特別護士、指定藥品材料費、掛號費、疾病預防與非病因素而施行預防之手術或節育結紮，及住院期間之看護費、指定病房費。

四、補助標準：

- (一) 屬於第二點第一項第一款之低收入戶者，全額補助。
- (二) 屬於第二點第一項第二款者，補助百分之八十。
- (三) 屬於第二點第一項第三款者，補助百分之七十。

五、申請程序：

(一) 申請人應於出院或就醫三個月內，檢附下列文件，向戶籍所在地之鄉（鎮、市）公所提出申請。

1. 申請人領款收據。
2. 申請人本人郵局帳號封面影本。
3. 醫療院所開具之診斷證明書。
4. 全民健康保險特約醫院或診所之自付費用收據正本
5. 全戶戶籍謄本。
6. 當年度低收入戶證明、中低收入戶證明。
7. 非低收入戶及非中低收入戶者，須檢附全戶財產（動產及不動產）證明及稅賦證明。

(二) 鄉（鎮、市）公所受理申請時，應就相關文件予以初核，符合條件者即填造申請表函報雲林縣政府（以下簡稱本府）複核。

(三) 本府於收到申請文件後，應儘速核定，經審定符合補助資格者，應即依規定辦理補助費之核發。

六、申請人如以虛偽不實之申請接受補助或重複申請者應即停止補助，並追回其已領之費用，涉及刑事責任者，移送法辦。

七、本規定所需經費由本府編列預算支應。

雲林縣醫療補助應檢附證明文件

- 一、醫療費用補助申請表（附表一）
- 二、申請人領款收據（附表二）
- 三、申請人本人郵局帳號封面影本。（代領人如非直系血親或配偶者，請檢附切結書及身分證影本；若非個人，加附單位相關文件）
- 四、醫療院所開具之診斷證明書。
- 五、醫療費用收據正本（若收據正本遺失請檢具未向其他單位申請補助之切結書）。
- 六、低收入戶證明或中低收入戶證明或非低收入戶及非低收入戶醫療補助調查表。
- 七、全戶戶籍謄本。
- 八、證明書-如收據上有材料費及藥品費必須檢附「證明書」（附表三）。

附表一

雲林縣醫療費用補助申請表

原住民： 是 否

申請日期： 年 月 日

申請人		性別		身分證字號		電話																											
		生日		住址																													
代理申請人		與申請人關係		身分證字號		電話																											
				住址																													
申請人資格	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 _____ 款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年動產限額 15 萬元及全戶不動產限額 650 萬元			補助款入帳金融帳號	局號																												
					帳號																												
住院日期	自 年 月 日起 至 年 月 日止計 日			申請人簽章																													
				代理人簽章																													
審核：(單位元)																																	
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">自行負擔醫療費用</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">-</td> <td style="width: 15%;">不合補助金額</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">=</td> <td style="width: 15%;">符合補助金額</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">符合補助金額</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">x</td> <td style="width: 15%;">補助比例</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">=</td> <td style="width: 15%;">核定補助金額</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		自行負擔醫療費用		-	不合補助金額		=	符合補助金額		符合補助金額		x	補助比例		=	核定補助金額																	
自行負擔醫療費用		-	不合補助金額		=	符合補助金額		符合補助金額		x	補助比例		=	核定補助金額																			
鄉(鎮、市)公所初核簽章							縣府審核簽章																										
承辦人 課長 鄉鎮市長							承辦人 科長 處長																										

附表二 (單位及個人)

收 據

茲向雲林縣政府領到

- 低收入戶
- 中低收入戶
- 最低生活費 1.5 倍以下且每人每年動產限額 15 萬元及全戶不動產限額 650 萬元

_____君

- 住院看護費用
- 老人住院看護費用
- 醫療費用補助

補助款新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，確實無訛。

此 致

雲林縣政府

具領單位/具領人：

(簽章)

立案字號：

統一編號/身分證字號：

負責人：

會計：

出納：

地址：

聯絡電話：

聯絡傳真：

中 華 民 國 年 月 日

【備註】具領人為個人者，僅需填寫「具領人」、「身分證字號」、「地址」及「聯絡電話」等欄位；具領為單位者，請詳填各欄位。

證 明 書

病患姓名_____於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱_____在本院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付自費材料費、藥品費等項目，經專業評估後，該病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施行）健保無給付之自費項目，醫師本於專業知識與訓練，認定自費項目係用於本次醫療病卻有其醫療必要性，非使用於與本病情無關之用途。

醫師：

（簽章）

中 華 民 國 年 月 日