

醫療性生育保存補助試辦方案醫療費用申請
申請權利人清冊暨共同委託書

患者 資料	姓名		身分證統一編號						
	出生日期		民國 年 月 日		死亡日期				
申請 權利 人 清 冊	1 申請權利人代表		姓名		身分證統一編號		聯絡電話		
			戶籍地址				與患者關係		
	2	委託人姓名		身分證統一編號		聯絡電話			
		戶籍地址			與患者關係		簽章		
	3	委託人姓名		身分證統一編號		聯絡電話			
		戶籍地址			與患者關係		簽章		
	4	委託人姓名		身分證統一編號		聯絡電話			
		戶籍地址			與患者關係		簽章		
	5	委託人姓名		身分證統一編號		聯絡電話			
		戶籍地址			與患者關係		簽章		
	1.申請權利人代表切結所有申請權利人均已列入。_____ (簽章)								
	2.申請權利人欄位不敷使用時，請自行影印本頁，並依序列更改標示為6、7、8.....。								
	申請 文件 檢 核 表	1. ☐ 附表四施術結果證明 2. ☐ 附表五施術補助項目費用表 3. ☐ 附表六醫療費用申請表（可由申請權利人代表簽署） 4. ☐ 申請權利人代表之身分證正反面影本。 5. ☐ 申請權利人清冊暨共同委託書。 6. ☐ 每位申請權利人之全戶戶籍謄本各乙份。但設於同一戶籍者，僅需共同繳交乙份。 7. ☐ 受術者死亡證明文件乙份(如:死亡證明書或除戶戶籍謄本)。							
	聲 明	<u>若申請權利人超過1人(有委託人):</u> 以上申請權利人合計 人，茲共同委託 代表申請生育保存受術者_____之醫療費用補助，並同意將補助金匯入受委託人指定之金融機構帳戶。 申請權利人代表確認上述填寫資料及檢具文件均正確屬實，如有不實，願負法律責任，並繳還不當領取之補助。 中國民國： 年 月 日 _____ (簽章) <u>若申請權利人只有1人(無委託人):</u> 申請權利人確認上述填寫資料及檢具文件均正確屬實，如有不實，願負法律責任，並繳還不當領取之補助。中國民國： 年 月 日 _____ (簽章)							