

衛生福利部中央健康保險署

○○○藥局藥品明細表及費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○

身分證號：○○○○○○○○○○○○

性別：○

出生日期：○○○/○○/○○

健保卡就醫序號：○○○○

調劑者：○○○

調劑日期：○○○/○○/○○

開立處方箋之醫院（診所）/醫師：○○○○○○○○○○

就醫日期：○○○/○○/○○

健保申報項目	金額（點數）	自付費用項目	金額（元）
藥費	XX	藥品部分負擔	XX
藥事服務費	XX		
		健保不給付項目	
		藥品 ○○○	XX
		衛材 ○○○	XX
		其他 ○○○	XX
小計：健保申報 XXXX點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 XXX元 其他自費金額 XXX元	
收款人：○○○（收費章及日期）		應繳金額：XXX元	

藥局名稱、醫療機構代碼、地址、電話(條戳或圖記)

第○聯

收據編號：○○○○○