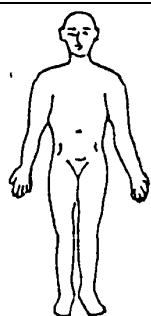
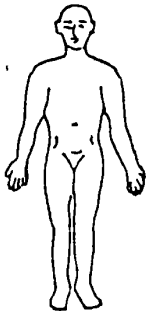


全民健康保險義肢給付申請書

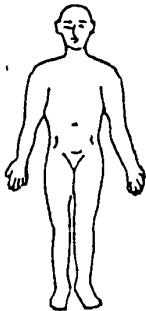
保險對象	姓名		受理日期		受理編號		
身分證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年	月	日
連絡地址及電話							
戶籍地址							
肢體缺損原因				肢體缺損日期	年	月	日
曾經診斷治療醫院名稱				醫院地址	縣市	鄉鎮區	
申請人簽章		申請日期	年	月	日	是否曾請領勞工保險義肢給付	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保險醫療機構診斷欄							
肢體缺損詳細情況							
殘廢部位				建議發置義肢種類			
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							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
保險人審核欄					審查醫師審核意見		
<input type="checkbox"/> 同意給付 <input type="checkbox"/> 不符給付規定： <input type="checkbox"/>							
經辦		科長					
複核		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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
保險人審核欄						
<input type="checkbox"/> 同意給付 <input type="checkbox"/> 不符給付規定： <input type="checkbox"/>						

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保險醫療機構診斷欄							
肢體缺損詳細情況							
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							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
保險人審核欄							
<input type="checkbox"/> 同意給付 <input type="checkbox"/> 不符給付規定： <input type="checkbox"/>							