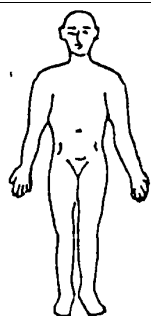
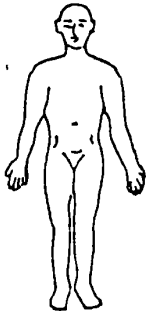


全民健康保險義肢給付申請書

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)		
						
傷病發病前已有殘廢者其部位及程度				中華民國 年 月 日		
<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				

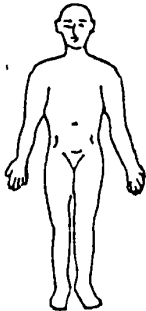
(第二聯：核定通知正聯，由保險對象存執)

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"/>						

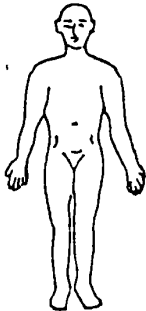
(第三聯：核定通知副聯一，由保險醫療機構存執)

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"/>						

(第四聯：核定通知副聯二，寄交申請人戶籍所在地直轄市或縣(市)政府社政單位)

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"/>						