

收據副本暨健保給付費用證明申請書

患者姓名：	病歷號碼：	收據副本份數：	份
住院日期：		費用證明份數：	份
門診日期：			
用途說明： <input type="checkbox"/> 申請保險理賠 <input type="checkbox"/> 申請和解賠償 <input type="checkbox"/> 其他：原因如右			
本人茲向貴院申請收據副本或費用證明，如有移用以獲取不當利益之情事者，本人願承受一切法律責任，恐口無憑，特立此據。 此致 彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院 申請人：_____與患者之關係：_____ 住 址：_____ 電 話：_____ 簽章：_____ 中 華 民 國 年 月 日			

此欄由經辦人員填寫→ 手續費： 元 經辦人員：