

高雄市立聯合醫院

醫療費用明細申請單

醫療費用收據補發

門、急診

住院

申請日期： 年 月 日

姓 名：

病歷號（或身份證號）：

費用日期： 年 月 日至 年 月 日

申請份數：門診 份／急診 份／住院 份
（醫療費用明細每份 100 元；醫療費用收據補發 50 元）

申請人簽章：

受委託人簽章：

受委託人與申請人關係：

受委託人聯絡方式：

取件人聯絡方式：

（適用於醫療費用明細申請單者）

（收費章）

承辦人：

單位主管：

備註：本「醫療費用明細」表單製作工作日為 3 日內，完成後以電話通知取件。