**○○○醫院住院醫療費用收據（參考格式）**

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○

性別：○ 入、出院日期：○○○/○○/○○ ~ ○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○

健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 住院科別：○○○

病房號：○○○ 主治醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健保申報項目 | 點數 | 自付費用項目 | 金額 |
| 診察費 | ×× | 住院部分負擔（急性） |  |
| 病房費 | ×× | 1~30日 | ×× |
| 管灌膳食費 | ×× | 31~60日 | ×× |
| 檢驗檢查費 | ×× | 61日以上 | ×× |
| 放射線診療費 | ×× | 住院部分負擔（慢性） |  |
| 治療處置費 | ×× | 30日以下 | ×× |
| 手術費 | ×× | 31~90日 | ×× |
| 復健治療費 | ×× | 91~180日 | ×× |
| 血液血漿費 | ×× | 181日以上 | ×× |
| 血液透析費 | ×× | 病房費差額 |  |
| 麻醉費 | ×× | 單人房：計 日 | ×× |
| 特殊材料費 | ×× | 雙人房：計 日 | ×× |
| 藥費 | ×× | 病房膳食：計 日 | ×× |
| 藥事服務費 | ×× | 檢驗檢查 | ×× |
| 精神科治療費 | ×× | 藥品 | ×× |
| 注射技術費 | ×× | 衛材 | ×× |
| 嬰兒費 | ×× | 部分給付\* | ×× |
|  |  | 其他 | ×× |
| 小計：健保申報 ××××點（健保申報點數非一點一元給付） | 小計：住院部分負擔金額 ×××元  其他自費金額 ×××元 |
| 應繳金額： ×××元 | 收款人：○○○（收費章及日期） |
| **醫院名稱、醫療機構代碼、醫院地址、電話(條戳或圖記)** |

第○聯 收據編號：○○○○○

\*：指陶瓷人工髖關節、樹脂石膏、塗藥血管支架、人工心律調節器、義肢等五項由病患自付部分