**○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）**

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

性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○

健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○

診別：○○ 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 | ×× | 掛號費 | ×× |
| 藥費 | ×× | 部分負擔 |  |
| 藥事服務費 | ×× | 基本部分負擔 | ×× |
| 注射費 | ×× | 藥品部分負擔 | ×× |
| 檢驗費 | ×× | 復健部分負擔 | ×× |
| 檢查費 | ×× | 檢驗檢查 | ×× |
| 處置手術費 | ×× | 藥品 | ×× |
| 材料費 | ×× | 衛材 | ×× |
|  |  | 其他 | ×× |
|  |  |  |  |
| 小計：健保申報 ××××點  （健保申報點數非一點一元給付） | | 小計：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（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話(條戳或圖記)** |

第○聯 收據編號：○○○○○