|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臺中市 醫院病房費 申請表 | | | | | | | | | | |
| 案件  編號 | 特等/雙床  病房類別  (可入住人數) | 病房費金額  (元/床/天) | | 公告說明  (收費內容說明：設施、設備及供應品、服務、坪數…等。) | 參照其他縣市醫療機構收費項目  （請檢附外縣市核定收費之佐證資料） | | | | | |
| 自費身分  (無健保) | 健保身分(補差額) | 縣市別/  醫療院所名稱 | 病房類別(可入住人數) | 病房費金額  (元/床/天) | | 公告說明  (收費內容說明：設備及供應品…等。) | 核定日期 |
| 自費身分  (無健保) | 健保身分(補差額) |
|  |  |  |  | 1. 設施： 2. 設備及供應品： 3. 服務： 4. 坪數： 5. 其他： |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 1. 設施： 2. 設備及供應品： 3. 服務： 4. 坪數： 5. 其他： |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 1. 設施： 2. 設備及供應品： 3. 服務： 4. 坪數： 5. 其他： |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 1. 設施： 2. 設備及供應品： 3. 服務： 4. 坪數： 5. 其他： |  |  |  |  |  |  |

※請檢附外縣市核定收費之佐證資料，並請來函說明費用調整原因。