

# 衛生福利部中央健康保險署

## ○○○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	xx	住院部分負擔（急性）	
病房費	xx	1~30 日	xx
管灌膳食費	xx	31~60 日	xx
檢驗檢查費	xx	61 日以上	xx
放射線診療費	xx	住院部分負擔（慢性）	
治療處置費	xx	30 日以下	xx
手術費	xx	31~90 日	xx
復健治療費	xx	91~180 日	xx
血液血漿費	xx	181 日以上	xx
血液透析費	xx	病房費差額	
麻醉費	xx	單人房：計 日	xx
特殊材料費	xx	雙人房：計 日	xx
藥費	xx	病房膳食：計 日	xx
藥事服務費	xx	檢驗檢查	xx
精神科治療費	xx	藥品	xx
注射技術費	xx	衛材	xx
嬰兒費	xx	部分給付*	xx
		其他	xx
小計：健保申報 xxxx點 (健保申報點數非一點一元給付)		小計：住院部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元	
應繳金額：xxx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