

宜蘭縣弱勢族群就醫補助作業要點

中華民國 102 年 4 月 25 日府衛醫字第 1020009688 號函發布

中華民國 105 年 7 月 6 日府授衛醫字第 1050014697 號函修正發布

一、宜蘭縣政府（以下簡稱本府）為協助經濟弱勢者排除就醫障礙，以維護弱勢族群健康，特訂定本作業要點。

二、設籍於本縣且符合下列資格者就醫，得向本府申請補助：

- （一）持有低收入戶證明。
- （二）持有中低收入戶證明。
- （三）持有其他經濟弱勢證明：本府認定經濟困難並開立證明者。

補助對象若符合縣（市）醫療補助辦法第二條依法受補助者，不予補助。

三、補助項目及標準：

- （一）健保欠費：因無力繳納健保費而遭暫行拒絕給付者，協助繳納健保欠費之金額。
- （二）健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用（包含門診、急診及住院）。
- （三）住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
- （四）救護車費用：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用，每人每年最高補助新臺幣六千元。
- （五）偏遠地區交通費：限無法使用大眾交通運輸工具時，就醫轉診或返家搭乘計程車之交通費用，每人每年最高補助新臺幣二千元。
- （六）掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
- （七）其他醫療自付費用：係指健保不在保者就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用（診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X 光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費等），但特殊用藥、特殊耗材、自費醫（藥）材、輔助器具等不予補助。

前項各款補助金額合計每人每年最高新臺幣三萬元。

第一項第五款偏遠地區參照當年度中央健康保險署界定範圍認定之。

四、補助案件之申請程序：申請人應於發生醫療行為之當年度，填具申請表並檢具以下資料，向本府衛生局提出申請（或由醫院、鄉鎮市公所、衛生所、診所代為轉送申請書）：

- （一）身分證明影本、居留證或護照影本。
- （二）第二點所定證明文件。

五、案件審核程序：

(一) 就醫相關費用部分（健保部分負擔、住院膳食費、掛號費、其他醫療自付費用）：

1. 醫療院所開具之領據及醫療費用明細或收據正本經衛生局審核無誤後，撥款至申請人帳戶。
2. 若由醫療院所代墊，應檢附醫療院所開具之領據及醫療費用明細或收據正本，經本府衛生局審核無誤後，撥款至代墊醫療院所。醫療院所可採預支現金代墊費用，按月向本府衛生局辦理核銷。

(二) 健保欠費部分，由衛生局向中央健康保險署確認申請人是否有健保欠費及健保欠費之金額後，以保險費收據進行核銷。

(三) 交通費部分（救護車費用、偏遠地區交通費），申請人繳交交通費收據核銷後撥款；或請救護車公司或計程車提供收據核銷後撥款至其公司或車行。（以上皆需檢附急診醫師開立之需緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明）

宜蘭縣弱勢族群就醫補助作業要點申請流程圖

申請階段	申請流程	申請期限
申請人申請階段	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>申請人向衛生局提出申請並填具申請書 (醫院、鄉鎮市公所、診所、衛生所代為轉送申請書)</p> </div>	受理收案
審查階段	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">資 格 不 符 函 退 申 請 人</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>宜蘭縣政府衛生局審查</p> </div> </div>	受理評估
核銷階段	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center; margin: 20px auto; width: 80%;"> <p>審查符合後，核定撥款。</p> </div>	

宜蘭縣弱勢族群就醫補助申請書

基本資料欄	姓名：_____ 年齡：_____ <table border="1" data-bbox="1085 129 1471 174" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：_____年_____月_____日 身份證字號 設籍日期：_____年_____月_____日 戶籍地址：_____ 電話：_____ 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同上 _____ 電話：_____										
評估欄	<p>※補助對象：(提供佐證資料) 設籍於宜蘭縣且符合經濟弱勢者。</p> <p>※經濟困難評估：(提供佐證資料) <input type="checkbox"/>低收入戶：其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定。 <input type="checkbox"/>中低收入戶：其資格認定係依據社會救助法第 4-1 條規定。 <input type="checkbox"/>其他經濟弱勢：本府認定經濟困難並開立證明者。</p> <p>※申請經費：(提供收據正本)</p> <p><input type="checkbox"/>健保部份負擔費用：指健保在保者，就醫時，由醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。(含門診、急診、住院)</p> <p><input type="checkbox"/>健保欠費：因無力繳納健保費而遭暫行拒絕給付者，予以協助繳納健保欠費之金額。</p> <p><input type="checkbox"/>住院期間膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用，核實補助。</p> <p><input type="checkbox"/>偏遠地區交通費：限無法使用大眾交通運輸工具時，就醫轉診或返家所搭乘計程車之交通費用，每人每年以 2,000 元為限。</p> <p><input type="checkbox"/>掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。</p> <p><input type="checkbox"/>轉診、轉院之救護車費用：病患因緊急狀況就醫、院間轉診或強制就醫時之救護車費用，每人每年 6,000 元為上限。</p> <p><input type="checkbox"/>其他自付費用：係指健保不在保者，就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用(診察費、藥劑費、注射技術費、檢驗費、X 光檢查、電腦斷層費、藥事服務費、護理費、開刀費等)；但特殊用藥、特殊耗材、自費醫(藥)材、輔助器具等，原則不同意編列。</p> <p>※補充說明： 收件日期：_____年_____月_____日 完成日期：_____年_____月_____日 醫療機構名稱：_____ 受補助人簽章：_____ 醫療機構用印：_____ 電 話：_____ 醫療機構地址：_____ 評估人員簽章：_____ </p>										
備註	<p>一、符合之個案，每人每年以 3 萬元為限。</p> <p>二、醫療機構申請費用需備妥下列資料： 1. 申請書 1 聯、個案身分證影本(正反兩面)、相關佐證資料。 2. 將申領費用清冊及收據正本送至宜蘭縣政府衛生局。</p> <p>三、就醫相關費用各項說明如下： 1. 「健保部分負擔」係指健保在保者，就醫時，由醫療院所代為收取之自付費用。 2. 「住院膳食費」、「偏遠地區交通費」、「掛號費」等，為健保不給付項目；其中「偏遠地區交通費」，限無法使用大眾交通運輸工具時，就醫轉診或返家所搭乘之救護車或計程車之交通費用。 3. 「其他醫療自付費用」係指健保不在保者，就醫時，醫療院所依健保支付標準所收取之費用；特殊用藥、特殊耗材、自費醫藥材、輔助器具等，原則不同意編列。</p> <p>四、宜蘭縣政府衛生局評估補助個案合適性，於年度計畫金額內核實補助，不符合補助對象將於期限內退件。</p>										