

補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案

補助款申領清單及領據 (醫療院所/助產所用)

註：本項服務由菸品健康福利捐補助

年 月份

個案姓名	檢查日期	申請補助金額 (新台幣：元)	個案姓名	檢查日期	申請補助金額 (新台幣：元)
合計	產前檢查 案次， 大陸配偶(含港澳) 人，外籍配偶 人				總金額 元

茲領到 年 月份補助新住民懷孕婦女未納健保產前檢查個案補助款計
新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 (※零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、
玖)

此致 衛生福利部國民健康署

醫療院所/助產所

主辦人員：_____ (請蓋職章)

出納人員：_____ 單位主管：_____

名稱(全銜)：請寫全名及蓋機關章

會計人員：_____ 單位主管：_____

院 長：_____

統一編號：

註：公立醫院會計及出納人員，請單位主管核章

私立醫院所/助產所如無會計及出納人員可免核章

聯絡電話：() _____

掛號信收件地址：() _____

撥款之銀行分行別：_____ 金融帳號：_____ 戶名：_____

衛生局審核：承辦人 _____ 單位主管 _____

中華民國 年 月 日