

病歷號：		<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 床號
姓名：	<input type="checkbox"/> 男	
出生： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	

自費同意書

本人至貴院接受健保醫療服務，經醫療團隊詳細說明健保所提供之藥品、材料、檢查及治療(處置及手術)方式，均有相關給付規範，但本人或家屬在經醫療團隊解釋說明及詳閱自費說明書後，同意使用健保 給付規範以外之藥品、材料、檢查及治療(處置及手術)方式，且已充分瞭解全民健康保險無法 支付此項費用(詳下表)，而需自行負擔。對此費用，本人及家屬不得再向院方或健保署，提出任何異議及要求退費。

本人 COVID-19 核酸檢測結果 ☐ 同意 ☐ 不同意，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入本人之健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統。

此致

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

自費使用原因：1.健保不給付。2.不符合健保適應症。3.病患自行要求。4. 事前審查不同意者。

5.超量用藥。6.超量特材。7.自願使用較昂貴或高科技術之項目。8.自付差額。9.其他：

項次	項目中(英)文名稱	品項代碼/ 健保碼	醫療器材 許可證字號	單 價	數 量	自費金額	使用 原因
1.	自費nCoV RTPCR(Throat swab)	COVIDS		1000	1	1000	9
合計金額				1000 元			

備註:以上金額為參考值，實際費用以收費當日為主

立同意書人：_____ (簽章)

與病人關係：_____

立同意書人身份證號：_____

電話：_____

立同意書人住址：_____

承辦人：_____

西元 年 月 日