

# 中華民國血友病協會

## 病友會員就醫服務申請資料表

承辦單位：社團法人中華民國血友病協會

聯絡窗口：秘書處

聯絡電話：(02)2391-0544

郵寄地址：100019 台北市中正區杭州南路一段 125 號 2 樓

(社團法人中華民國血友病協會)

補助對象：1. 本會病友會員(未欠繳會費者)。

2. 血友病或類血友病患，並持有身心障礙證明或重大傷病卡。

申請流程：掛號郵寄申請資料表、費用收據正本(公共交通工具、計程車收據)、藥袋/藥單影本及匯款帳戶封面影本至協會，協會審查後若符合補助資格，將主動通知申請人(以上約需 3 個月工作天)。

申請時效：當月費用請於次月底前，將所需資料全數掛號郵寄至協會，如超過時效將不予以補助。

計畫資格：提供就診困難之病友補助，不因經濟壓力而中斷治療，本計畫補助有名額限制額滿為止，不再另行公告。

協會**有權**依審核結果決定最終補助對象。

申請日期		總金額	
年	月	日	
<b>申請人基本資料</b>			
病患姓名	聯絡人		
	姓名：		
	手機：		
	與申請人之關係：		
通訊地址	縣市	區鄉鎮	里 鄰
	路(街)	段 巷	弄 號 樓
就醫醫院名稱			

匯款資訊			
帳戶名稱	以下銀行或郵局帳戶 請擇一填寫即可		
銀行名稱	分行(局)名稱	帳號	
		<請由左開始填寫，碼數不足時請勿補 0>	
銀行	分行		
中華郵政	分局		

應備文件	<input type="checkbox"/> 申請資料表 <input type="checkbox"/> 費用收據正本(公共交通工具、計程車收據) <input type="checkbox"/> 藥袋/藥單影本 <input type="checkbox"/> 匯款帳戶封面影本
------	--

正本單據/憑證黏貼處 (請浮貼)

申請人簽章	
-------	--

本人已閱讀並了解本申請表之內容，保證上述所填各項資料及所附文件均為事實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果。若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外，並願自負一切法律責任。

本申請之補助款項，經社團法人中華民國血友病協會審核通過，並核撥至本人帳戶內後，如日後有任何具領爭議，本(具領)人願負法律上之完全責任。

申請人簽章: \_\_\_\_\_ 申請時間: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日