

# 非指定自費項目證明書

病患 \_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_)

於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日因

[ 疾 病 名 稱 ]

---

在本院接受治療，因病情需要而使用〔施行〕健保無給付之自費項目。經醫師專業評估後，該病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用〔施行〕健保無給付之自費項目：\_\_\_\_\_、

---

醫師本於專業之知識與訓練，認自費項目係用於本次醫療並確有其醫療之必要性，非使用與本病情無關之用途。

醫師：

(簽章)

中華民國

年

月

日