澎湖縣政府衛生局公益彩券回饋金補助弱勢族群就醫相關費用補助辦法

1、 依據：

財政部公益彩券回饋金運用及管理作業要點第 4 點第 1 項第 2 款第 6 目及衛生福利部審查申請運用公益彩券回饋金計畫處理原則第 2 點規定。

2、 目地：

協助低收入邊緣戶等弱勢族群，排除其就醫障礙，維護其健康。

3、 補助對象：

低收入戶　　：其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定。

中低收入戶　：其資格認定係依據社會救助法第 4-1 條規定。

其他經濟弱勢：符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者或由各級政府認定經濟困難並開立證明者，抑或符合各縣(市)街友(或遊民)安置輔導辦法者。

4、 補助項目及標準

1. 健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，予以協助繳納健保欠費之金額，每人每年補助上限 6,000 元。
2. 住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。
3. 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。
4. 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 元為上限。(馬公市、望安鄉、七美鄉 150 元，馬公市第二衛生所轄區、湖西鄉、白沙鄉 250 元，西嶼鄉 400 元。)
5. 掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。
6. 無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)：係指無健保身分者就醫時，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、特材費等)。
7. 健保部分負擔：係指健保在保者，就醫時，由健保特約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、住院部分負擔)

＊ 以上各項補助費用合計每人每年以 30,000 元為上限。

＊ 補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第 2 條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。

＊ 不予補助項目:特殊用藥、特殊耗材、看護費用、病房差額、自費醫(藥)材、生活物品、洗衣、輔助器具、零用金等。

＊ 本項經費額度當年度經費如已用罄，則不再受理相關申請補助。

財政部關心您

＊ 申請「健保欠費」項目補助須依據附件規定事項辦理。

附件一

申請「健保欠費」項目補助規定事項

1、 本計畫以受理確實就醫民眾申請之就醫相關費用為主，當年度執行計畫至十月底倘有餘額，始開放未就醫之「健保欠費」項目申請。

2、 當年度餘額將請健保局連繫分配，欲申請之民眾需與健保局商討還款計畫後並由健保局轉介使得申請。

3、 申請民眾之資格：

(1) 設籍於澎湖縣。

(2) 費用申請至多補助健保欠費之二分之一，且上限為 15,000 元。

(3) 補助以每年一次為限（同一保戶），並以前年度未曾申請者為優先。

關懷·希望·愛
公益彩券
財政部關心您

項目	單位	單價	計算及使用說明
健保欠費	人次	1/2 健保欠費	補助持有經濟弱勢證明且無力繳納健保費致無法就醫者協助其恢復健保身分而予以補助健保欠費之金額。 每人每年以 15,000 元為上限。
健保部分負擔	人次	2,000	補助持有經濟弱勢證明經本縣醫院轉診至台灣本島住院所需自付健保部分負擔金額。
住院膳食費	人次 人次	150 180	住院膳食 150 元/天 治療膳食 180 元/天
救護車費用	人次	1,500	每人每年 6,000 元為上限。
偏遠地區交通費	人數	400	無大眾交通運輸工具或有大眾交通運輸工具但班次過少時，病患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 元為上限。
掛號費（一般、急診）	人次 人次	150 300	一般掛號費 150 元 急診掛號費 300 元
無健保身分者就醫時之醫療自付費用	人次	3,000	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

各項補助費用說明

◎備註：

1. 本費用補助對象為設籍本縣，具有中低收入或由各級政府認定經濟困難者，並於本縣就醫，或至台灣本島就醫者。
2. 請於就醫離院事實發生 1 個月內，備妥各項收據正本、就醫診斷證明及身份證明，送至戶籍地之衛生所、衛生局審查核銷。
3. 一張申請表僅限申請一次就醫費用。
4. 以上各項補助費用合計每人每年以 **30,000 元**為上限。
5. 各項費用核銷皆需檢附收據證明。
6. 申請人因故須由他人代理申請者，以其親屬為優先；無親屬者，得由社工訪視員或村里長代為申請。
7. 當次就醫如已申請其他醫療自付費用，即不可與健保欠費重覆申請。
8. 交通費部份皆需檢附急診醫師開立之緊急就醫證明、院間轉診證明或強制就醫證明，搭乘計程車之交通費用以鄉鎮區分：馬公市、望安鄉、七美鄉 150 元，馬公市第二衛生所轄區、湖西鄉、白沙鄉 250 元，西嶼鄉 400 元。
9. 各個項目單價依收據核實給付。
10. 無健保身分者就醫時之醫療自付費用不含特殊用藥、特殊耗材、自費醫(藥)材、輔助器具、病房差額等。
11. **當年度經費如已用罄，將不再受理相關申請補助。**

關懷·希望·愛
公益彩券
財政部關心您

財政部關心您

所屬年度：　　澎湖縣政府衛生局費用動支黏貼憑證用紙　　簽證號:

憑證編號	預算科目		金額	用途說明
	業務計畫:	衛生業務		補助弱勢族群就醫相關費用
	工作計畫:	醫政管理		
	用途別:	獎補助費-社會福利津貼及濟助-社會福利津貼		

公益彩券回饋金補助弱勢族群就醫相關費用申請表

個案資料	姓名:	身分證字號：	性別： □男 □女 □其他
	出生年月日:民國　　年　　月　　日		身份別： □低收入戶 □中低收入戶 □殘障生活補助 □中低收老人 □其他
	地址		
申請人	姓名：	身分證字號：	聯絡電話：
	與個案關係：□本人 □父母 □子女 □其他(請註明關係):		
	本次就醫是否已申請其他機關或團體提出補助申請 □ 是 □ 否		
帳戶	金融機構：	帳號：	
補助項目	□健保欠費_____元 □住院膳食費_____元 □救護車費用_____元 □偏遠地區交通費_____元 □掛號費_____元 □無健保之醫療自付費用_____元 □健保部分負擔_____元	**應繳文件**	θ中低收入戶證明或由各級政府認定經濟困難開立之證明 θ國民身分證正反面影本或戶口名簿影本乙份 θ就醫證明 θ醫院收據 θ郵政儲戶存摺影本 θ轉診證明(申請健保部分負擔補助時需檢附) θ其他:
個人領據	茲收到澎湖縣政府衛生局撥付補助款，共計 新台幣　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整，確實無訛。 具領人姓名：　　（簽章）　中華民國　　年　　月　　日		

財政部關心您

財政部關心您