

No. 0023083

校名	校級	姓名	保險號	傷病狀況	僑生發期
系年	姓	保證	號		
				年 月 日	

(第一聯) 校方存查聯

僑保門診就診單 No. 0023083

科別：①內科 ②外科 ③婦科 ④眼科 ⑤耳鼻喉科 ⑥牙科 ⑦皮膚科 ⑧泌尿科 ⑨骨科 ⑩神經科 ⑪其他

校名	保險證號	校方
姓名	僑生	電話
出生日期	發章	地址
連絡地址	日期	日期
填發日期	(超過七日, 請不予掛號)	

●校方證明欄

支付	銀行/郵局名稱	戶名	分行/支局
方式	帳號	地址	連絡電話
醫院名稱		病歷號碼	
傷病名稱或主要症候 (請詳細填寫)			

  

計	費	(元)
診察費	藥費	
內服藥費	外服藥費	
注射費	技術費	
檢査費	放射線治療費	
復健費	治療裝置費	
手術費	處置費(含材料費)	
麻醉費	藥材費(含藥材費)	
特殊治療費	材料費	
輸血費	技術費	
合計		

醫師 \_\_\_\_\_ 藥劑師 \_\_\_\_\_

就診日期 年 月 日 ( ) 日補單) 給藥日份(以15日為限)

校方騎縫章

(第二聯) 僑生費用申報聯