

* 基本資料	
病人病歷號碼_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病人姓名_____	床 號：_____
病人出生日期_____年_____月_____日	

患者係以全民健康保險身份就醫，現因醫療需要且符合健保局已納入給付同類特殊材料之適應症及使用規範，經醫師詳細說明並充分了解後，自願使用較昂貴且未納入全民健康保險給付範圍之項目，為減少保險對象之負擔，由健保局按已納入給付同類特殊材料之支付金額支付（詳如下表），其餘差額同意由立同意書人負擔。

患者要求使用自付差額之自費治療項目為 衛材，其項目名稱：

勾選欄	特材品名	特材代碼	醫院單價(A)	健保給付價(B)	數量C	保險對象負擔費用=C*(A-B)
	亞培 添視明單片型折疊式人工水晶體	FALSNWAVE4A2	30,000	2,843	1	27,157
	亞培 ReZoom#NXG1 回視明多焦點人工水晶體	FALSNMULT1A2	63,000	2,843	1	60,157
	亞培 Tecnicos 前導波多焦點人工晶體 ZM900	FALSNMULT2A2	63,000	2,843	1	60,157
	銳能(Rayner)非球面推注式人工水晶體	FALSNWAVE1RY	30,000	2,843	1	27,157
	銳能(Rayner)散光推注式軟式人工水晶體	FALSNTORC1RY	45,000	2,843	1	42,157
	福來視 Tetraflex	FALSNMULT1LS	48,000	2,843	1	45,157
	愛爾康可舒視立明(散光)單片型人工水晶體	FALSNTORC1A1	47,843	2,843	1	45,000
	愛爾康式然銳視(多焦點)單片型人工水晶體	FALSNMULT1A1	63,000	2,843	1	60,157
	愛爾康非球面黃色人工水晶體	FALSNWAVE1A1	32,843	2,843	1	30,000

立同意書人願意自費負擔上列項目費用，以利醫療作業之進行；若因上述事項涉訟時，同意以台灣彰化地方法院為管轄法院。

此致 員生醫院

立同意書人簽名：

關係：病患之

立同意書人身分證字號：

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註：

- 一、依據全民健康保險法第 39 條第 12 款：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品之費用，不在本保險給付範圍」之規定辦理。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 三、若病患本人為未成年者，須由法定代理人代簽。