

附件二

臺中市醫事放射師公會

共同審查案件

會員住院關懷金申請書

公會通訊電話：04-2350-8025
 台中市西屯區 40767 工業區一路 6 巷 26 弄 5 號

住院首日：民國 年 月 日
 申請日期：民國 年 月 日

提醒您：請於出院日前或出院日起三個月內，擇一時限申請辦理。

會員資料			
會員編號		申請人	
身分證號		手機	
聯絡地址			
E-MAIL		出生日期	民國 年 月 日
服務機構		入會日期	民國 年 月 日
服務科別		聯絡電話	
住院資料			
事由	疾病名：		
	主治醫師：		
	醫院名稱與病房號：		
<input type="checkbox"/> 因疾病進程而轉入加護病房者，得加發補助金陸佰元。			
審查程序（本欄以下由公會填寫）召集人：			
共同審查	事由：		
	福利委員會主任：	(簽章)	
	<input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 反對，理由：		
	會務委員會主任：	(簽章)	
	<input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 反對，理由：		
共同審查	權益暨法律政策委員會主任：	(簽章)	
	<input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 反對，理由：		
審查決議： <input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 拒絕。		審查日期： 年 月 日	
核對	<input type="checkbox"/> 檢附文件：住院通知或住院證明及醫療收據影本。		
	<input type="checkbox"/> 公會派員，姓名與職稱：		
本會同意核發住院關懷金： <input type="checkbox"/> 普通病房陸佰元。 <input type="checkbox"/> 加護病房加發補助金陸佰元。			
簽收	茲收到臺中市醫事放射師公會核發： <input type="checkbox"/> 住院關懷金共 _____ 元整。		
	上項申請金額，如有虛報冒領等情事，切結人除退還所領金額外，並願負法律責任。 切結具領人 (簽章)		
秘書處	福利委員會	常務監事	理事長