



『醫療費減免』申請表

1. 申請人

姓名	
證件類別及編號	
職業	
聯絡電話	
繳費通知/收據編號	

2. 申請理由

申請人（就診者）聲明是次為配合澳門特別行政區防疫政策被安排強制送檢或隔離，同意將本人臨床資料交衛生局醫生/部門進行分析評估，以申請減免醫療費（註：不包括因需排除其他疾病而需作出的必要檢查）。知悉待評估後工作人員將以電話或電話短訊通知評估結果。

未繳費人士	☐ 因經濟狀況未能支付醫療費申請豁免
	☐ 申請延期支付（說明延至的日期）
	☐ 其他

已繳費人士	☐ 申請退款金額	MOP \$
	收款方式（只選一項）	
	☐ 支票	
	☐ 現金（僅在澳門元2,000元以內）	
	☐ 銀行轉帳（銀行帳號資料）	

3. 申請人資料及簽署

☐ 為申請人（年滿十八歲）

☐ 為申請人以下代表

代表人類別	☐ 未滿成年人之父母 / 監護人 (尊親屬關係證明 / 依法行使親權或監護權者證明) (雙方的身份證明文件)	☐ 獲授權人士 (授權書) (雙方的身份證明文件)
代表人姓名		
證件類別及編號		
聯絡電話		

4. 申請人 / 代表人已核對上述所填寫的資料實屬無誤，並無虛報。

申請人 / 代表人簽署及日期（按證件式樣簽署）

衛生局專用

臨床部門意見：

社會工作部意見：

仁伯爵綜合醫院院長意見：

衛生局局長批示：
