

附表三

證 明 書

病患姓名_____於 年 月 日至 月 日因

疾病名稱_____在本院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付自費材料費、藥品費等項目，經專業評估後，該病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施行）健保無給付之自費項目，醫師本於專業知識與訓練，認定自費項目係用於本次醫療並確有其醫療必要性，非使用於與本病情無關之用途。

醫師：

（簽章）

中 華 民 國 年 月 日