

全民健康保險被保險對象使用健保部分給付之特殊功能人工水晶體相關診療費用同意書

中華民國：112年11月22日

病人： (病歷號：)係全民健康保險被保險對象，因醫療需要且符合健保局規範一般功能人工水晶體之適應症及使用規範，經醫師 **楊熹明** 詳細說明並充分瞭解後，自願使用尚未全額納入全民健康保險給付範圍之 **特殊功能人工水晶體及相關診療費用**。為減少被保險對象之負擔，由健保局按已納入給付同類特殊材料之支付金額支付，其餘差額同意由立同意書人負擔。

此致 郵政醫院

立同意書人： _____ (簽章) 與病人關係 _____

立同意書人身分證號： _____ 電話： _____

立同意書人住址： _____

健保部分給付特材名稱： 實際使用特殊材料如下 (以下由醫療院所填寫)

特材品名 (特材代碼)	產品規格 及型號	醫療院所單價	數量	醫療院所總價	健保支付 單價	保險對象 負擔費用
		A	B	C=AxB	D	=C-(DxB)
FALSNMULT14L	鈦沅	62744元	1 / 每眼	62744元	2744元	60000元

經考慮後仍要求手術醫師採用健保全給付之 **一般功能** 標準單焦點球面人工水晶體 (無須支付水晶體之其他費用)

型號：

特點：