



本院院區全面禁菸，違者最高罰新台幣一萬元

住院申請書

- 一、申請人(病人) 茲以全民健康保險身分住院，關於應付之一切醫藥住院等費用，申請人願意如數給付，住院後如經醫師認為應付之費用，並依貴院通知準時繳費，違反時，願意配合出院或轉院，特此申請書存照。
- 二、本次住院之病房為 _____ 人間，每日必須補繳病房差額費用，
 一人間新台幣 3,000 元 3,500 元 4,500 元 4,600 元 5,720 元
 二人間新台幣 1,900 元 2,400 元整。
一般(健保)病床免付病房費。
無職榮民二人間及健保病床免付病房費，一人間須自付上列差額。
有職榮民健保病床免付病房費，一、二人間須自付上列差額。
申請人欲調整至一人間、二人間或健保病床，請至病房護理站登記。
- 三、一人間每日普通膳食費新台幣 385 元，二人間或健保病床每日普通膳食費新台幣 220 元。
- 四、住院期間停車事宜：
 請洽—總務室(02)28757003；例假日請洽管理室(02)28712121 轉 7614。
- 五、有 無，商業保險。
- 六、同意 不同意，公開本人住院姓名與病房，供訪客及網頁查詢。
- 七、需要 不需要，預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。
需要 不需要，醫療委任代理人委任書。
需要 不需要，器官捐贈同意書。
- 八、
 (一) 同意 不同意，本院應您的親屬、陪病家屬之要求，得適時向其解說您的病情。
 (二) 勾選 不同意者請續填本題
 若您不願特定家屬知悉您的病情，將以本單通知護理站或您的主治醫師處理。
 上述特定家屬係指 _____，
 如不載明，將對非病人本人，一律保密。
- 九、申請人、連絡人、簽署人均係基於自由意願簽訂本申請書。
 申請人(病人)：
 住 址：
 電 話：
 連絡人：
 住 址：
 電 話：
 簽 署 人：
 (與病人關係)：

此致

臺北榮民總醫院

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日