

致社會保障基金：

為著第 7/2017 號法律《非強制性中央公積金制度》第十九條第二款(一)項及第三款(一)項的效力，現聲明因本人患有嚴重傷病，故本人 / 本人以下親屬須負擔龐大的醫療開支，有關醫療開支金額聲明如下：

I 申請人資料 倘患者本人及其親屬同時申請提款，可同時✓選兩項。

本人 陳大文 (患者姓名)，身份證編號：1234567(8)

本人的親屬：_____ (申請人姓名)，身份證編號：_____，
是本人的 _____ (例如：配偶、子女、孫、外(祖)父母、岳父母、家公家婆、女婿媳婦等)

II 醫療開支金額 (可多選 "✓") 填寫預計未來 12 個月平均每月的醫療開支金額，並須✓選及填寫包括哪些項目，並提供報價單或收據作證明。(不包括生活費、交通費、院舍或私人看護費用)

已支出：提出提款申請日前 12 個月內，本人的醫療開支總共為 _____ 澳門元，並遞交醫療開支證明文件 _____ 份

預計開支：自提出提款申請日起計未來 12 個月內，本人的醫療開支 **平均每月** 金額為 _____ 澳門元 分別用於以下醫療開支項目 (可多選)：

手術費 / 抗癌治療費 / 住院費用 (須提供由醫院發出的報價單)

醫療輔助設備，包括：_____ (須提供有關的報價單)

就診費用，例如針灸 / 中醫 / 理療等，資料如下：(須提供由醫療機構發出的報價單或收據)

- 醫療機構名稱：_____
- 每次的治療金額為 _____ 澳門元，需持續治療的次數：每月 _____ 次

藥用品 / 補充品，包括：_____ (須提供有關的報價單或收據)

每份用品的金額為 _____ 澳門元，需持續服用的數量：每月 _____ 份

任何能顯示到有關用品價錢的文件都會作考慮

患者本人

清楚明白，如作虛假聲明，可被刑事追究

陳大文

簽署(須與身份證一致)

(倘不會/不能簽署，請印右手拇指指模)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者親屬

清楚明白，如作虛假聲明，可被刑事追究

簽署(須與身份證一致)

(倘不會/不能簽署，請印右手拇指指模)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人須於此處簽署，以下情況除外：

- 倘患者為未成年，則其本人無須簽署。
- 倘患者為無行為能力人士，則由其代理人於此處簽署。

倘申請人為患者親屬，則須於此處簽署。

注意事項

1. 必須遞交的文件包括：申請人及患者的澳門居民身份證影印本、患病證明及醫療開支證明文件。
2. 倘申請人為患者的配偶或親屬，須遞交親屬關係證明文件，例如申請人為患者的女婿，則需提交申請人與患者女兒的結婚證明及患者女兒的出生證明。
3. 患者申請日前十二個月內由當地認可的醫療單位發出的患病證明 (需顯示疾病名稱、嚴重程度、接受治療的期間及情況)