負擔龐大醫療開支聲明書(由患者填寫)

C/11

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		
		本人(患者姓名),身份證編號:
		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)
■ 醫療開支金額(可多選 "✓")		
		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
		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
		□ 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・例如針炙 / 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
		■ 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
		患者本人患者親屬
	清楚明	白・如作虚假聲明・可被刑事追究 清楚明白・如作虚假聲明・可被刑事追究
	(倘 ^万	一

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)