

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

自費醫療補助辦法

一、補助與發放對象：

確診為神經母細胞瘤之病童，因疾病復發 (relapse)、疑似復發、難治 (refractory) 或於標準療程中有特殊需求之故，必須接受自費 (係指全民健康保險不予給付之項目) 治療 (不包含自費檢查)；或因接受神經母細胞瘤腫瘤治療後，長期追蹤發現的其他健康問題，如：患有第二種腫瘤；且因此衍生須自費負擔醫療費用者。

二、申請方式與流程：

- 請自行下載以下表格並完成填寫，並選擇以下其一方式提供下述資料以供核實
 - (1) 以電子郵件寄送至本協會官方信箱 info@tanc.org.tw；
 - (2) 親自送件或以郵寄方式交付至陳曉玲個管師處(住址：台北市中正區中山南路8號 小兒血液腫瘤科 陳曉玲 / 0937-613105)
- 必備資料包括：
 - 申請書正本
 - 含申請人(應為病童之監護人或法定代理人)與病童之戶籍謄本一份
 - 標註有『神經母細胞瘤』診斷之診斷書一份
 - 接受上述檢查之醫療收據影本
 - 申請人郵局或銀行存摺封面(可清楚辨識分行、帳號)之照片或圖片
- 收到提交之文件確認所附文件無誤後，始展開審核流程。
- 核對檢附資料文本並確認符合補助辦法及資格者，將於審核通過後直接將款項匯入申請人之郵局或銀行帳戶內。

三、補助項目：

符合上述資格者，每人補助自費治療費用每年最高新台幣10萬元整。本補助金可分次申請，金額可採累計制，每一年度以新台幣十萬元為補助上限，檢據核銷；可多次申請，亦可累積自費醫療收據至一定額度，連同申請表與上述文件，於當年度12/10前提交至協會。

四、本補助辦法由民國115年開始施行，全數支出由本協會募款所得來因應。惟捐款用盡後之申請案需待再度有資金挹注方能發放，尚請見諒。上述補助之發放順序，亦以家境困難、無其他相關補助或單親的病童家庭為優先順位。

附件一

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會
『自費醫療補助』申請表

病患姓名		性別		生日	
身分證字號		就學狀況	<input type="checkbox"/> 學齡前(0~5歲)未就學 <input type="checkbox"/> 學齡前已就學 <input type="checkbox"/> 已就學		
檢查日期		就醫身分	<input type="checkbox"/> 有健保 <input type="checkbox"/> 無健保, 完全自費 <input type="checkbox"/> 榮保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
申請人		與病患之關係		連絡電話	
聯絡地址					
(無須填寫以下欄位)					
承辦人		會計		出納	
理事長		審核通過日期		補助款匯入日期	

領 據

茲收到 自費醫療補助, 新台幣_____萬_____千_____百元整

此致

社團法人台灣神經母細胞瘤病友關懷協會

申請人姓名:

簽名或蓋章(私章)

身分證字號:

戶籍住址:

聯絡電話:

中華民國 年 月 日