

附表一

國立陽明交通大學教職員工因執行職務意外傷病住院醫療補助申請表

申請人所在校區：陽明校區交大校區

填表日期： 年 月 日

員工編號	身分證字號	申請人姓名	連絡電話	入帳銀行 (交大校區可擇一入帳)
				<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> 玉山
經過簡述 (含發生時間、地點、事故原因及造成傷害等)				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 中央衛生主管機關評鑑合格之醫院出具之診斷證明書正本1份 <input type="checkbox"/> 醫療費收據正本(如係繳交影本應由申請人簽名) <input type="checkbox"/> 國立陽明交通大學教職員工因執行職務意外傷病住院醫療補助申請自付費用明細表 1 份 <input type="checkbox"/> 其他：			
切 結	<p>本人申請因執行職務意外傷病住院醫療補助，本次申請補助金額新臺幣_____元整，不包括因本人之交通違規行為所致，申請事由與檢附文件倘有虛偽欺瞞情事，除應退還已領全部款項外，並負行政責任，所具切結是實。</p> <p style="text-align: right;">申請人具結：_____ (簽章)</p>			
金 額 (人事室填寫)	同一事由已補助金額		新臺幣	元整
	本次擬予補助金額		新臺幣	元整
單位主管	人 事 室	主 計 室	校長或授權代簽人	

附表二

國立陽明交通大學教職員工因執行職務意外傷病住院醫療補助申請自付費用明細表

員工編號		姓名	
編號	就醫日期	醫療費健保自付額	備註
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
合計金額	新臺幣_____元整		
備註：所附單據請依編號序列裝訂於後；本表格不敷使用時，請自行增列。			