

代墊證明書

_____ (病患) 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日因疾病、傷害事故就醫，需繳付 醫療費 計新臺幣 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整，出院時無法繳付，由 _____ (醫院名稱) 代為墊付，屬實無訛，恐口無憑，立此為據。

此致

臺中市政府社會局

證明人(病患)： (簽章)

(未成年人或受監護宣告者，由法定代理人代表)

身分證字號：

地 址：

電 話：

代墊人(醫院)： (印信)

統一編號：

地 址：

電 話：

聯絡人：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日