

非指定自費項目證明書

病患_____於____年____月____日至____年____月____日因
(疾病名稱)

在本院接受治療，因病情需要而使用（施行）健保無給付之自費項目。經專業評估後，該病情之治療確已無其他健保給付項目可供替代，而必須使用（施行）健保無給付之自費項目：_____，
醫師本於專業之知識與訓練，認自費項目係用於本次醫療並確有其醫療之必要性，非使用與本病情無關之用途。

醫師：_____ (簽章)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日