**代墊證明書**

臺中市市民醫療補助附件書表

 **(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