

台灣海洋性貧血協會

_____年度重度海貧病友居家血糖檢驗耗材補助申請表

105.11.19 修訂

會員編號		申請日期	年 月 日	當年度 會費繳納	<input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
出生日期	民國 年 月 日	年齡	歲		
申請人		關係		會員編號	
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			聯絡電話	
				行動電話	
就診醫院	醫院	內分泌/ 血液科醫師		醫師	
				醫師	
附件資料	<input type="checkbox"/> 1.本申請表 <input type="checkbox"/>2.當年度的居家血糖值測量記錄 <input type="checkbox"/> 3.匯款帳戶影本(第一次申請者才需檢附) <input type="checkbox"/> 4.購買耗材發票正本及胰島素/口服降血糖領藥單。				

血糖監測值紀錄：(或另紙記錄)

日期	早/中/晚/睡前	日期	早/中/晚/睡前	日期	早/中/晚/睡前	日期	早/中/晚/睡前

發票黏貼處(請浮貼於背面)：