



衛生福利部台東醫院

影像複製申請暨委託書

申請日期： 年 月 日

病歷號碼		姓名	
身分證字號		聯絡電話	
聯絡地址			

- 一般 X 光
- 特殊檢查
- 電腦斷層
- 超音波
- 胃鏡
- 大腸鏡
- 牙科 X 光

單價：

- 051 (200) × \_\_\_\_\_ =
- 0511 (40) × \_\_\_\_\_ =
- 0512 (500) × \_\_\_\_\_ =
- 05121 (100) × \_\_\_\_\_ =

合計：

本院影像光碟收費標準是依台東縣衛生局台東縣醫療機構收費標準之病歷複製光碟費收費  
(以每張 700MB 容量之光碟片計算)：

- 1、單筆檢查之複製光碟片：用 051 表示 (200 元/片)
- 2、多筆檢查之複製光碟片：用 0512 表示 (500 元/片)
- 3、超過一張之部分，每張加收費用上限為第一張光碟片費用之 20%：  
用 0511 (40 元/片) 與 05121 (100 元/片) 表示

影像複製申請委託書

委託人姓名		與申請人之關係	
身分證字號		聯絡電話	
聯絡地址			

申請人簽收： \_\_\_\_\_