香港乳癌基金會
HK Breast Cancer Foundation

Neratinib 乳癌患者資助計劃
資助申請表格
Breast Cancer Patient Assistance Program – Neratinib
Claim Form

申請人資料Applicant Particulars :

檔案編號File No. ：_____香港身份證號碼ID Number ：_____

姓名Name (英文English)_____ (中文Chinese)_____

聯絡電話Contact Phone Number：_____手提(mobile) /住宅(home) [請劃去不適用的]

已購買的Neratinib數量 Number of Neratinib tablets taken: _____粒(tab)

*如額外申請醫療保險索賠，申請者需先遞交收據正本予基金會，再以基金會所發回的認證的真實副本用作醫療保險索賠。

申請需包括以下所有文件Please make sure you have enclosed all of the following：

☐ 已填妥本申請表格Complete this claim form

☐ 醫生簽發的藥費正式單據。 Original official medication receipts 正式收據日期：_____；

☐ 支票抬頭 Cheuqe Payable to：_____(英文正階)

申請人簽名
Applicant's Signature_____

日期
Date：_____

所有遞交之正本文件均不會獲發還。本表格可影印使用或從本會網址*www.hkbcf.org*下載
All original copies of documents will not be returned. You can copy this form for subsequent usage or download the form from www.hkbcf.org

申請可郵寄或親身遞交至:
香港北角木星街9號永昇中心22樓 或 九龍牛池灣龍翔道28號1樓
香港乳癌基金會
(信封面請註明「申請Neratinib乳癌患者資助計劃 - Neratinib)
Submission can be sent by post or delivered in person to:
Hong Kong Breast Cancer Foundation
22/F., Jupiter Tower, 9 Jupiter Street, North Point, Hong Kong OR 1F, 28 Lung Cheung Road, Ngau Chi Wan, Kowloon
(Please mark "Application for Breast Cancer Patient Assistance Program- Neratinib®" on the envelope)