

刑 事 聲 請 保 外 就 醫 狀

案 號	年度 字第	號	承辦股別
訴訟標的 金額或價額	新台幣 元		
稱 謂	姓名或名稱	依序填寫：國民身分證號碼或營利事業統一編號、性別、出生年月日、職業、住居所、就業處所、公務所、事務所或營業所、郵遞區號、電話、傳真、電子郵件位址、指定送達代收人及其送達處所。	
聲 請 人	身分證字號（或營利事業統一編號）： 出生年月日： 戶籍地： 住所地： 聯絡電話： 電子郵件位址： 送達代收人： 送達處所：		

為聲請保外就醫事：

聲請人之 因 年 字第 號 案件

，現在高雄監獄/高雄第二監獄/高雄女子監獄執行中，現罹疾病，恐因執行而不能保其生命，為能妥善治療、保全生命，能體恤民困，請准予保外就醫。

謹 狀

臺灣橋頭地方檢察署 公鑒

證據名稱
及件數

中 華 民 國 年 月 日

具狀人

簽名
蓋章

撰狀人

簽名
蓋章