

陸、附表

附表一、中央健康保險署代辦法定傳染病強制移送隔離治療費用申請表

中央健康保險署代辦法定傳染病強制移送隔離治療費用申請表							費用年月	年 月	申報日期		
(限住院申報)							申報類別	<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	頁數	共 頁 第 頁	
流水號	身分證號碼				姓名	項目代碼	ICD-9-CM	申請金額	核減金額	核定金額	備註
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
						□□					
本頁小計					人		次				
總計(最後一頁填寫)					人		次				
說明：							院所代號		負責醫師		
1、填報本表請將“TB”案件集中列報後，再列報其他代辦之傳染病。							院所名稱		負責醫師印章		
2、申報費用時，請併醫令清單，可參照現行住診醫療費用申報之格式。							電 話				
3、第 欄項目代碼，除“TB”案件填“01”外，其他傳染病無需填寫。											
4、除第 欄外，其餘欄位務必詳細填明，並加蓋醫療院所印信及負責人私章。											