

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(A表)

(補償方式採機構去年同期健保申報醫療費用點數-排除藥費及特材費)

機構代號：_____ 機構名稱：_____ 申請日期：109年__月__日

停診期間：109年__月__日至__月__日（衛生局文號：_____）

項目	醫療(事)機構代號	醫療(事)機構名稱	去年同期申報醫療費用點數 (排除藥費及特材費)	中央健康保險署核付金額
門診				
住診				
合計				

註：粗框部分由中央健康保險署填寫。