

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(B1表)

(人事費申請清冊：基本人事費採醫師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：\_\_\_\_\_）

序號	姓名	身分證號碼	出生年月日	去年同期申報醫療費用點數 (排除藥費及特材費)	健保署核付金額
合計					

- 註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。  
 2. 檢附人員停診期間繼續給付薪資證明。  
 3. 屬公務預算支應者不得填報。