

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(B2表)
(人事費申請清冊：基本人事費採停診前六個月經常性給與薪資者)

機構代號：_____ 投保單位代號：_____ 機構名稱：_____

停診期間：109年__月__日至__月__日（衛生局文號：_____）申請日期：109年__月__日

序號	人員類別	姓名	身分證號	出生年月日	平均 每月經常性薪資	經常性薪資申請金額	中央健康保險署 核付金額
合計	人數						
	金額						

註：1. 粗框部分由**中央健康保險署**填寫。

2. 不同類別請按類別分開統計，類別分為1(醫師)、2(護理人員)、3(藥師)、4(其他受雇人員)等，請書明。
3. 經常性給與薪資包括基本薪資、加班、值班、定期獎勵金等，未檢附者將以其參加健保之投保金額計算。
4. 檢附人員薪資證明(停診前6個月之經常性薪資)及停診期間繼續給付薪資證明。
5. 屬公務預算支應者不得填報。