

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(C表) (掛號費)

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	去年同期每件金額	去年同期件數	申請金額	健保署核定		
				每件金額	申請件數	總申請金額
門診						
急診						
合計						

- 註：1. 粗框部分由**中央健康保險署**填寫。
2. 屬公務預算支應者不得填報。
3. 如因保險對象身分不同而收取不同掛號費，請分列。
4. 基本人事費採 B1 表者，件數不得高於健保申報資料(不含自費看診部分)；採 B2 表者則須檢具相關單據。