

## 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(總表)

機構代號：\_\_\_\_\_ 投保單位代號：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_ 申請日期：109年\_\_月\_\_日

負責醫師姓名：\_\_\_\_\_ 停診期間：109年\_\_月\_\_日至\_\_月\_\_日(衛生局文號：\_\_\_\_\_)

停診區分及申請方式：

1. 全面停診 機構去年同期健保申報醫療費用點數(A表)+掛號費(C表)  
基本人事費(去年同期健保申報醫療費用點數(B1表) 經常性給與薪資(B2表))+維持費+掛號費(C表)
2. 部分停診 基本人事費(去年同期該被隔離醫師健保申報醫療費用點數(B1表) 經常性給與薪資(B2表))+維持費+掛號費(C表)

項目	細目	單據張數	申請金額	健保署核付金額	醫療(事)機構印信      負責人員章
A表	機構去年同期醫療費用點數				
B1表	基本人事費	-			
B2表					
維持費	水、電、瓦斯、電話				
	租金				
	管理、清潔、網路				
	各類社會保險費				
	其他				
	小計				
C表	掛號費				
合計					
<input type="checkbox"/> 部分停診，機構整體醫療費用點數未及去年同期者				<input type="checkbox"/> 低於去年同期	

連絡人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

機構地址：\_\_\_\_\_ (本署特約醫事機構免填)

\*須檢附地方衛生主管機關書面通知停診(業)函影本。

\*除以去年同期健保申報醫療費用點數為計算基準外，其餘皆須檢附相關單據以為核銷依據。本表中屬公務預算支應者不得填報。