附件3

所屬分會：＿＿＿＿＿＿＿＿
承辦單位：＿＿＿＿＿＿＿＿
院所代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿
地　點：□□□鄉□□□村

# 100年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

| 日期 | 月 | 日 | | 時間: | 時　分～ 時　分 | | | | | | | | | | | | 核准代碼： | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 編號 | 姓名 | 身分證字號 | 出生年月日 | 姓別 | 住址 | 電話 | 診察費 | 藥費(天) | 調劑費 | | 治療處置 | | | | | | 當地住民 | | 醫療費用 | 部分負擔 | 申請費用 | 身份別 | 備註 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 是 | 否 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

註：1.依中醫門診巡迴醫療服務計畫第十條第三款規定填具本表。2.核實申報均需同時填報本表，且應於申報費用時合併EXCEL電子檔(本表)分送中保會地區分會及全聯會核備。3.性別欄：男填1女填0。4.診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5.藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6.治療處置欄：限擇一項申報，並在所屬申報代碼下打"ˇ"。7.當地住民欄：請在是否處擇一打"ˇ"。8.申請費用=醫療費用-部分負擔。9.身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。