

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫論次費用申請表

第 _____ 頁 共 _____ 頁
年 _____ 月 _____ 日

受理日期		受理編號									
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號									
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉(鎮)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
本頁小計											
總表	項目	申請次數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額		
	支付別										
	P23064 案件										
	P23007 案件										
	P23063 案件										
	P23008 案件										
	P23009 案件										
	P23010 案件										
P23011 案件											
總計											
負責醫師姓名：		<p>一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得給支付。</p> <p>二、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。</p> <p>三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。 P23064 中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23007 一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23063 二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23008 山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23009 一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23010 二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23011 三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。</p> <p>四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。</p> <p>五、本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。</p>									
醫事服務機構地址：											
電話：											
印信：											