

全民健康保險 山地離島地區醫師、護理、藥事人員巡迴 醫療報酬申請表

山地離島地區醫師、護理、藥事人員巡迴醫師支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)之

年 月 頁數： 第 頁共 頁

第一聯 保險人 留存

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	請領人姓名	請領人身分證字號	給付別	日期	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.									
0.									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									
本頁小計									
總表	類別	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
	給付別 1 案件								
	2 案件								
	3 案件								
	4 案件								
總計									

負責醫師姓名: _____

醫事服務機構地址: _____

電話: _____

印信: _____

一.本項巡迴醫療及支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)經當地衛生主管機關許可，並報經保險人同意始得給付。

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。如給付別為 2、4，本欄不用填寫。

三.給付別：1.為 01024C 山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)。
2.為 01027C 山地離島地區護理人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。
3.為 01028C 支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天)。
4.為 01033C 山地離島地區藥事人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。

四.給付別 1、2、4 以半天計次(每半天填寫一編號)，給付別 3 以一天計次(每 一天填寫一編號)。

五.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。

六.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請山地離島地區醫療報酬」。

全民健康保險

山地離島地區醫師、護理、藥事人員巡迴
醫師支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)之

醫療報酬申請表

年 月

頁數： 第 頁共 頁

第二聯 代付款清單

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	請領人姓名	請領人身分證字號	給付別	日期	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.									
0.									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									
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
	給付別 1 案件								
	2 案件								
	3 案件								
	4 案件								
	總計								

負責醫師姓名: _____

醫事服務機構地址: _____

電話: _____

印信: _____

一. 本項巡迴醫療及支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人同意始得給付。

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。如給付別為 2、4，本欄不用填寫。

三. 給付別：1. 為 01024C 山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)。
2. 為 01027C 山地離島地區護理人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。
3. 為 01028C 支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天)。
4. 為 01033C 山地離島地區藥事人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。

四. 給付別 1、2、4 以半天計次(每半天填寫一編號)，給付別 3 以一天計次(每一天填寫一編號)。

五. 填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。

六. 本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請山地離島地區醫療報酬」。

全民健康保險

山地離島地區醫師、護理、藥事人員巡迴
醫師支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)之

醫療報酬申請表

年 月 頁數： 第 頁共 頁

第三聯 醫療院所 留存

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	請領人姓名	請領人身分證字號	給付別	日期	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.									
0.									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									
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
	類別								
	給付別 1 案件								
	2 案件								
	3 案件								
	4 案件								
總計									

負責醫師姓名：_____

醫事服務機構地址：_____

電話：_____

印信：_____

一.本項巡迴醫療及支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人同意始得給付。

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。如給付別為 2、4，本欄不用填寫。

三.給付別：1.為 01024C 山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)。
2.為 01027C 山地離島地區護理人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。
3.為 01028C 支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天)。
4.為 01033C 山地離島地區藥事人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。

四.給付別 1、2、4 以半天計次(每半天填寫一編號)，給付別 3 以一天計次(每天填寫一編號)。

五.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。

六.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請山地離島地區醫療報酬」。