

附件二

全民健康保險 山地離島地區醫師、護理、藥事人員巡迴 醫療計畫表
醫師支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)之

醫事服務機構名稱 醫事服務機構代號

巡 迴 期 間	巡迴醫療地點		負責醫師 姓名	護理人員 姓名	藥事人員 姓名	本院所至巡迴 醫療地點公里數	備 註
	鄉鎮	村里					
支 援 期 間	受支援衛生 所室名稱		支 援 醫 師 名 姓 名	支 援 醫 師 原 登 錄 之 醫 療 院 所 名 稱			備 註

以上巡迴醫療或醫師支援二、三、四級離島無醫師之衛生所(室)醫療計畫，本局同意備查。

縣(市)衛生局

中華民國 年 月 日 (請加蓋機關關防及首長簽名章)

第一聯送保險人，第二聯由當地衛生主管機關存查

註：越區支援之醫師請填寫兩份計畫表，分送執業地及行為地之地方衛生主管機關核准，並分別向保險人報備。