

# 「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」 月申請表

門診時段

年 月  口腔衛生推廣 預定時段表

	一	二 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療	四	五	六	日
上 午 時 間						
下 午 時 間						
晚 上 時 間						

執業地點：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉

診所名稱：\_\_\_\_\_牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔公共衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
4. 每月「月申請表」應於前月二十五日前以書面送至牙醫師全聯會核准。
5. 牙醫全聯會於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

本人\_\_\_\_\_（姓名）於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時起至  
\_\_\_\_\_時止，合計\_\_\_\_\_小時於\_\_\_\_\_（地點）執行

- 1  一般治療
- 2  溝隙封劑與預防性樹脂填充使用
- 3  口腔衛生推廣服務
- A. 正確刷牙及牙線指導
- B. 含氟漱口水指導
- C. 成人口腔癌篩檢
- D. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
- E. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動
- F. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_鄉

服務醫師：\_\_\_\_\_ 簽名

負責醫師：\_\_\_\_\_ 簽名

醫事機構名稱：\_\_\_\_\_ 印



註：

- 負責醫師執行此項服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
- 支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
- 此申請表應於執行前以傳真或書面函向牙醫師全聯會核准。
- 牙醫師全聯會於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

[附件四之三]

九十六年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫  
「牙醫巡迴醫療服務」

執行表

申請日期 年 月 日

執業點用

醫事機構名稱：		健保代號：
服務地點_____縣_____鄉 村 國小	地址：	
服務地段人員：	職稱：	聯絡電話：
執行日期____年____月____日____時____分至____時____分 合計____小時		
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童		服務人數_____人
服務項目：（一） <input type="checkbox"/> 一般治療 （二） <input type="checkbox"/> 溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 （三） <input type="checkbox"/> 口腔衛生推廣服務 <input type="checkbox"/> A.正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B.含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C成人口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> D.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> E參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> F.口腔衛生及疾病防制說明會		
服務醫師姓名	簽名	附註： 1. 口腔衛生推廣服項目每月至多申報一次。 2. 服務地段人員應為同一人，並需簽名，如需說明處，請於表格空白部分填寫。 3. 執行照片三張。 4. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬中央健康保險局轄區分局。
服務地段人員	_____簽名	
醫事機構名稱	_____ <input type="checkbox"/> 印	

全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬申請表（執業點用）  
執行巡迴醫療服務（時段外）

受理日期			受理編號							
醫事服務機構名稱			一、編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫。							
醫師姓名			醫事服務機構代號 填寫當次診療之人數。							
醫事服務機構名稱			三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：							
編號	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	P22001每次服務每小時一級2000點 P22002每次服務每小時二級2400點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1. 電話										
2. 郵信					01024C 依山地、離島地區醫療服務促進方案：醫師1000點/次					
4.					01027C 依山地、離島地區醫療服務促進方案：護理人員800點/次					
5.					四、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。					
6.					請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局門診組，另置於信封內，並於信封上註明申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬。					
7.					。 填表日期 年 月 日					
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										
總表	項目類別	申請次數	診療人次	服務時間(小時)	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
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
	01024C									
	01027C									
	總計									

一式三聯。第一聯轄區分局門診（醫療費用）組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫務院所備存。