

受理日期		全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬申請表（巡迴計畫用）				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	請領人身分字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
	1.									
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
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										

負責醫師姓名: _____	<p>一. 編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二. 診療人次：填寫當次診療之人次。 三. 給付別：口腔衛生推廣及執業巡迴醫療服務（時段以外）： P22001每次服務每小時一級2000點。P22003每次服務每小時三級2400點。 P22002每次服務每小時二級2400點。P22004每次服務每小時四級3400點。 01024C 依山地、離島地區醫療服務促進方案：醫師1000點/次 01027C 依山地、離島地區醫療服務促進方案：護理人員800點/次 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。本申請表應於次 二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局門診組，惟請另置於信封內，並於信封上註 明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。填表日期 年 月 日</p>
醫事服務機構地址: _____	
電話: _____	
印信: _____	