

附件 6

全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案  
醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

年 月 頁數： 第 頁共 頁

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.									
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	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								
	8案件								
	9案件								
	10案件								
	11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。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。</p> <p>三.給付別：西醫：</p> <p>8為P2005C西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次）</p> <p>9為P2006C西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次）</p> <p>10為P2007C西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）</p> <p>11為P2008C西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）</p> <p>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。</p> <p>五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案報酬」（論次計酬）。</p>							
醫事服務機構地址:									
電話:									
印信:									