

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（巡迴計畫用）

執行巡迴醫療服務論次費用

一式三聯 第一聯：送本保險人之分區業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：醫療院所自行留存

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									
總計										

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____
醫事服務機構地址: _____
電話: _____
印信: _____

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：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：

P22002 每次服務每小時二級 1500 點。 P22003 每次服務每小時三級 2400 點。

P22004 每次服務每小時四級 3400 點；二、三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以三級地區(每小時 2400 點支付)【離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】。

四、地點：請填至村里或學校名稱。

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。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險人之分區業務組，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