[附件 11-2]

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務
巡迴醫療團月統計資料表

申請月份：　　年　　月

申請醫療團：

編號	醫師姓名	醫事機構代號	核實申報費用	論次給付費用	總計
合計					

一. 核實申報費用為**未加成前**之費用

二. 論次給付費用包含：P22002、P22003、P22004

三. 將此表連同**服務報酬申請表**函送牙醫全聯會