

101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請表

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()			
	診所代號		負責醫師姓名				
	郵遞區號		聯絡地址				
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區) 村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療			
申請服務內容	申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成：						
	巡迴醫師科別：						
	巡迴醫師姓名：						
	巡迴醫師姓名：						
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間	上午 下午 夜間
	村	村	村	村	村	村	村
審核情形	分區業務組意見：						
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 近2年內未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至38條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次8人以上。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求						
	<input type="checkbox"/> 不同意，原因：						
	申請通過日期： 年 月 日						
申請通過函號：							