

全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區醫師、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	支付別	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
	支付別								
	8案件								
	9案件								
	10案件								
	11案件								
總計									

負責醫師姓名:	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支付。
醫事服務機構地址:	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。支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。
電話:	三. 支付別：西醫： 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） 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） 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）
印信:	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）
	四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。
	五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫基層醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」（論次計酬）。