

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

門診時段
 口腔衛生推廣
 巡迴醫療

_____年_____月

預定時段表

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

執業地點：_____縣_____鄉

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔公共衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會核准並函送本保險人之分區業務組核備。
5. 牙醫全聯會於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。