

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

本人_____（姓名）於_____年_____月_____日_____時起至_____時止，合計_____小時 於_____（地點）執行

- (一) 一般治療
- (二) 溝隙封劑與預防性樹脂填充使用
- (三) 口腔衛生推廣服務
 - A. 正確刷牙及牙線指導
 - B. 含氟漱口水指導
 - C. 成人口腔癌篩檢
 - D. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
 - E. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動
 - F. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____縣_____鄉

服務醫師：_____ 簽名

負責醫師：_____ 簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

1. 負責醫師執行此項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。
2. 支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
3. 此申請表應於執行前以傳真或書面函向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核准。
4. 牙醫全聯會於執行當月之次月十五日前檢核申請表、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。