

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫師、護理人員及藥事人員巡迴醫療報酬申請表

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 身分證 字號	支付別	日期	鄉鎮(市/ 區)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額
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	申請次數	診療人次	每次申請金額			申請金額總數		
	支付別								
	P2005C 案件								
	P2006C 案件								
	P2007C 案件								
	P2008C 案件								
	P2009C 案件								
	P2010C 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： 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） 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） 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） 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） P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（一般日,每次） P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（例假日,每次）								
印信:	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「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」（論次計酬）。 六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。								