

## 103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

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(市/區)		村(里)		
申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共       小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前2年涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。 <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：								