附件 5

所屬分會：_____
承辦單位：_____
醫事服務機構代碼：_____
地　　點：_____鄉_____村
核准代碼：_____

103年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

日期	月	日		時間:	時　分～　時　分																			
編號	姓名	身分證 統一編號	出　生 年月日	性別	住址	電話	診察費	藥　費 （天）	調劑費		治療處置						當地住民		醫療費用	部分負擔	申請費用	身份別	備註
																	是	否					

註：1.依本方案規定填具本表。2.核實申報均需同時填報本表，且應於申報費用時合併EXCEL電子檔送保險人分區業務組備查，並副知全聯會。3.性別欄：男填1女填0。4.診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5.藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6.治療處置欄：限擇一項申報，並在所屬申報代碼下打"∨"。7.當地住民欄:請在是否處擇一打"∨"。8.申請費用=醫療費用-部分負擔。9.身份別:山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。10.若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。