

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
-特定身心障礙者牙醫醫療服務申請書（醫療團）

一、公會別：

二、申請服務單位（全銜）：

三、醫療團負責或代表醫師：_____

四、申請檢附資料：

縣市公會評估表

服務單位同意函（如：身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構等）

服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員名冊及身心障礙類別輕重程度別等

牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率

牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品、生理監視器等

醫師服務排班表、後送醫療院所

五、醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練 (檢附學分證明)	備註
									<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 新增

六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。