

**全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（執業點用）**  
**執行巡迴醫療服務論次費用**

一式三聯 第一聯：送保險人分區業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：送醫療院所自行留存

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	請領人身分字號	支付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10										
11										
12										
本頁小計										
總 表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數	核減時數	核減金額	核定時數	核定金額
	支付別									
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
	總計									

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: \_\_\_\_\_

醫事服務機構地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

印信: \_\_\_\_\_

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。

二、診療人次：填寫當次診療之人次(不含口腔衛生推廣服務)。

三、支付別：執業計畫之巡迴醫療服務(時段以外)：

P22002 每次服務每小時二級 1500 點。P22003 每次服務每小時三級 2400 點。

P22004 每次服務每小時四級 3400 點；二、三級每天以 6 小時、四級每天以 9

小時，且第 7 小時之後以三級地區(每小時 2400 點支付)【離島需包船地區不

在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】。

四、地點：請填至村里或學校名稱。

五、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。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「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。

填表日期 年 月 日