

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業醫師
巡迴醫療服務日工作紀錄表

執業點用

醫師簽章：_____

姓名	生日	身分證 統一編號	聯絡 電話	治療項目		點數	日期			巡迴 地點	備註
				部位	健保代號		月/日	第一 診	第二 診		
合計											

備註：巡迴地點請填縣市、鄉鎮區、村里或國小名稱

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 醫療院所自行留存