

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務日工作紀錄表

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											

巡迴計畫用

一式二聯 第一聯：送保險人分區業務組

第二聯：巡迴醫療服務團體自行留存