

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案  
獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	( )				
	診所代號		負責醫師姓名					
	郵遞區號		聯絡地址					
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)					分級：	
申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							
審核情形	分區業務組意見：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：							
申請通過日期： 年 月 日								
申請通過函號：								