

全民健康保險醫療報酬申請表：

中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次計酬）

年 月

第 頁 共 頁

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 分證統一 編 號	支付別	日期	鄉(鎮) 名	村 (里) 名	地點	診療 人次	申請金額	核 減 額	核 定 額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本 頁 小 計											
總 表	項 目	申 請 次 數	診 療 人 次	每 次 申 請 金 額	申 請 金 額 總 數	核 減 次 數	核 減 金 額	核 定 次 數	核 定 金 額		
	支付別										
	P23007 案件										
	P23063 案件										
	P23008 案件										
	P23009 案件										
	P23010 案件										
	P23011 案件										
總 計											
負責醫師姓名：	一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得給付。										
醫事服務機構地址：	二、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。										
電話：	三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。										
印信：	P23007 一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。										
	P23063 二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。										
	P23008 山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。										
	P23009 一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。										
	P23010 二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。										
	P23011 三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。										
	四、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。										
	五、本申請表應於次月 20 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，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次計酬）。										