

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

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	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
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	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數				
	支付別										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2008C 案件										
	P2009C 案件										
	P2010C 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支付。									
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:西醫: P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、一般日,每次) P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、一般日,每次) P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、一般日,每次) P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、例假日,每次) P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、例假日,每次) P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、例假日,每次) P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(一般日,每次) P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(例假日,每次) P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(一般日,每次) P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(例假日,每次)									
印信:		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「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。									
		六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。									