

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫申請書

附件3-1

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱		聯絡電話 ()																	
	診所/醫院代號		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	申請項目： 1.醫事人員				診所(衛生所)/醫院	印														
	巡迴醫師科別：																			
	巡迴醫師姓名：																			
	巡迴護理人員姓名：		執業醫師簽名：																	
巡迴藥事人員姓名：					印															
2.巡迴服務時間 (請填寫時數)：共				小時/週																
星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
分區業務組意見：																				
審核情形	<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"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 <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：																			