

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表
執行巡迴醫療服務論次費用

執業計畫 巡迴計畫

| 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 | 醫事人員姓名 | 醫事人員身分字號 | 支付別 | 日期 | 地點 | 服務時段 (第一、二、三診) | 服務時間 (小時) | 診療人次 | 申請金額 |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | |
| 本頁小計 | | | | | | | | | |
| 總表 | 項目 支付別 | 申請次數 | 服務時數 | 診療人次 | 每時申請金額 | 申請金額總數 | | | |
| | P22002 | | | | | | | | |
| | P22003 | | | | | | | | |
| | P22004 | | | | | | | | |
| | 總計 | | | | | | | | |

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____

醫事服務機構地址: _____

電話: _____

印信: _____

- 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。
 二、診療人次：填寫當次診療之人次(不含口腔衛生推廣服務)。
 三、支付別：執業計畫之巡迴醫療服務(時段以外)、巡迴計畫：
 (一)平日：P22002 每次服務每小時一級 1,500 點。P22003 每次服務每小時二級 2,400 點。P22004 每次服務每小時三級 3,400 點。
 (二)假日：P22005 每次服務每小時一級 1,800 點。P22006 每次服務每小時二級 2,700 點。P22007 每次服務每小時三級 3,700 點。
 (三)一、二級每天以 6 小時、三級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以二級地區(平日每小時 2,400 點、假日每小時 2,700 點支付)【離島須包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以三級地區(平日每小時 3,400 點、假日每小時 3,700 點支付)】。
 四、地點：請填至村里或學校名稱。
 五、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。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「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。
 填表日期 年 月 日