

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)
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：						