

全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所/醫院名稱：

特約診所/醫院代號：

| 日期 | 就醫類別 | 姓名 | 出生日期 | 身分證字號 | 連絡電話 | 地址 | 無卡原因 |
|----|--|----|------|-------|---------------------|----|---|
| | <input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院 | | | | (公)： (宅)： 手機： | | <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女 |
| | <input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院 | | | | (公)： (宅)： 手機： | | <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女 |
| | <input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院 | | | | (公)： (宅)： 手機： | | <input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女 |

註：1.本表請醫療院所自存備查。

2.本表請診所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

(1)已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。

(2)20歲以下兒少請填 C002。

(3)懷孕婦女請填 C003。