

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫論次費用

受理日期：		受理編號：							
醫事服務機構名稱：		醫事服務機構代號：		醫事類別：		費用年月：			
編號	醫事人員姓名	醫事人員身份證字號	支付別	日期	服務地點	服務時段	服務時數	診療人次	申請金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
小計									
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數			
	支付表								
	P22201								
	P22202								
總計									
負責醫師姓名：			一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。						
醫事服務機構地址：			二、支付別：4 小時為 1 診次。平日：每診次 10,000 點(申報代碼 P22201); 假日：每診次 12,000 點(申報代碼 P22202)。						
電話：			三、診療人次：填寫當次診療之人次。						
印信：			四、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」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本保險之分區業務組，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						