

## 牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業服務計畫

## 「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

## 月申請表

門診時段  
 口腔衛生推廣  
 巡迴醫療

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_ 預定時段表 合計：共 \_\_\_\_\_ 小時

|          | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 上午<br>時間 |   |   |   |   |   |   |   |
| 下午<br>時間 |   |   |   |   |   |   |   |
| 晚上<br>時間 |   |   |   |   |   |   |   |

執業地點：\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_鄉鎮區

診所名稱：\_\_\_\_\_牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。
5. 保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。