

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.									
13.									
14.									
15.									
16.									
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								
	P22008								
	P22005								
	P22006								
	P22007								
	P22009								
	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，不含預防保健(A3 案件)及口腔衛生推廣服務。
 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。P22008 每次服務每小時四級 4,000 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。P22009 每次服務每小時四級 4,300 點。
 (三)一、二級每天以 6 小時、三、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以地區分級少一級之論次點數支付【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、四級地區(平日每小時 3,400 點、4,000 點支付，假日每小時 3,700 點、4,300 點支付)】。
 四、地點：請填至村里或學校名稱。
 五、填寫時請依同一「醫事人員」、「支付別」集中申報。本申請表應於次月一日起六個月內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