

附件七

_____醫院_____年第_____次職業傷病門診補助統計表

所屬認可醫療機構醫院名稱：

一、開設門診醫師姓名：

二、申請門診補助期間：____年____月____日至____年____月____日

三、開設職業傷病門診時間：

四、申請門診補助總診次：_____診次

月份	看診日期	診次	申請費用	備註
總	計			

- 註：1. 請網絡醫院依第九點第四款規定於右上角蓋印。
2. 「申請補助之看診日期」欄位，請依第八點規定每週最多補助兩診，配合填列貴單位規劃申請補助之實際開診日。
3. 颱風假及連續假期照常開診或配合休診，與每月門診表訂開診時間因故休診等，均須於「備註欄」確實說明。
4. 如有約診或於國定假日開設門診，均須檢附開診證明。