

98 年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫申請表

所屬分局： 分局

填表日期： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|----|----|-----------|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|
| 基本資料 | 醫院名稱 | | | 聯絡電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 醫院代號 | | | 負責醫師姓名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 郵遞區號 | | | 聯絡地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請服務地區 | | | 縣市 鄉鎮 (村) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請服務內容 | 申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成： 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 星期一 | | | 星期二 | | | 星期三 | | | 星期四 | | | 星期五 | | | 星期六 | | | 星期日 | | |
| | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 |
| | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 |
| 審核情形 | 健保分局意見： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |