

增進偏遠地區健保醫療服務計畫醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

年 月

頁數:

第

頁共

頁

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	請領人姓名	請 領 人 身 分 字 號	給 付 別	日期	地點	診療人次	申請金額	核 減 額	核 定 額	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本 頁 小 計										
總 表	項 目 類 別	申 次	請 診 數 人	療 次	每 次 申 請 金 額	申 請 金 額 總 數	核 減 次 數	核 減 金 額	核 定 次 數	核 定 金 額
	給付別									
	8 案件									
	9 案件									
	10 案件									
	11 案件									
總 計										
負責醫師姓名:		一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經轄區分局同意始得給付。								
醫事服務機構地址:		二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之 人次。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。								
電話:		三.給付別：西醫： 8 為 P2005C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次） 9 為 P2006C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次） 10 為 P2007C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次） 11 為 P2008C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）								
印信:		四.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局，惟請另置於信封內，並 於信封上註明「申請增進偏遠地區健保醫療服務計畫報酬」（論次計酬）。								