

西醫	牙醫	中醫

## 特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表

書面格式

t1 資料格式		t2 服務機構		t3 費用年月	t4 申報方式			t5 申報類別			t6 申報日期	收文日期
10	門診申報總表	(代號)	(名稱)	<input type="checkbox"/> 全月 年 月 <input type="checkbox"/> 上半月 <input type="checkbox"/> 下半月	1 <input type="checkbox"/> 書面	2 <input type="checkbox"/> 媒體	3 <input type="checkbox"/> 連線 <input type="checkbox"/> 網路	1 <input type="checkbox"/> 送核	2 <input type="checkbox"/> 補報	3 <input type="checkbox"/>	年 月 日	年 月 日

類	別	件	數	申請點數(扣除部分負擔後淨額)	
西 醫	一 般 案 件	t7		t8	
	專 案 案 件	t9		t10	
	洗 腎	t11		t12	
	結 核 病	t15		t16	
	小 計	t17		t18	
牙 醫	一 般 案 件	t19		t20	
	專 案 案 件	t21		t22	
	小 計	t23		t24	
中 醫	一 般 案 件	t25		t26	
	專 案 案 件	t27		t28	
	小 計	t29		t30	
預 防 保 健		t31		t32	
慢 性 病 連 續 處 方 箋 調 劑		t33		t34	
居 家 照 護		t35		t36	
精 神 疾 病 社 區 復 健		t13		t14	
總 計		t37		t38	
部 分 負 擔		t39		t40	
本 次 連 線 申 報 起 迄 日 期		t41	本次連線申報起日期 年 月 日	t42	本次連線申報迄日期 年 月 日
注 意 事 項	一、使用本表免另行辦函，請填送一式二份。 二、書面申報醫療費用者，應檢附本表及醫療服務點數清單暨醫令清單。 三、媒體申報醫療費用者，僅需填本表及送媒體(磁片或磁帶)。 四、連線申報醫療費用者，僅需填寫本表。 五、(一)一般案件係指特約診所之日劑藥費申報案件(即案件分類：01、11、21)。 (二)西醫專案案件範圍請參閱媒體申報格式之填表說明。 六、本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。				

負責醫師姓名：  
 醫事服務機構地址：  
 電話：  
 印信：