行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月　日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	行政院衛生署中央健康保險局填列				
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價		補付金額
合計				人次							補付金額			

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送行政院衛生署中央健康保險局。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經行政院衛生署健保局複核後，加填行政院衛生署中央健康保險局填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議請依照全民健康保險爭議審議辦法第四條規定，於收到核定通知之日起六十日內逕向全民健康保險爭議委員會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用行政院衛生署中央健康保險局通知表係於　　年　　月　　日寄達。
（七）請按審查科別分別填報。

說明

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

行政院衛生署中央健康保險局

醫院

負責醫師

診所

醫院地址：

年　　月　　日

第一聯　醫療院所存查

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月　日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	行政院衛生署中央健康保險局填列				
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價		補付金額
合計				人次						補付金額				

第二聯　行政院衛生署中央健康保險局存

說明

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送行政院衛生署中央健康保險局。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經行政院衛生署健保局複核後，加填行政院衛生署中央健康保險局填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議請依照全民健康保險爭議審議辦法第四條規定，於收到核定通知之日起六十日內逕向全民健康保險爭議委員會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用行政院衛生署中央健康保險局通知表係於　　年　　月　　日寄達。
（七）請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

行政院衛生署中央健康保險局

醫院

負責醫師

診所

醫院地址：

年　　月　　日

核定	複核	初核	審查委員

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月　日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	行政院衛生署中央健康保險局填列			
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
合計				人次							補付金額		

第三聯　代付款清單

說明

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送行政院衛生署中央健康保險局。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經行政院衛生署健保局複核後，加填行政院衛生署中央健康保險局填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議請依照全民健康保險爭議審議辦法第四條規定，於收到核定通知之日起六十日內逕向全民健康保險爭議委員會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用行政院衛生署中央健康保險局通知表係於　　年　　月　　日寄達。
（七）請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

行政院衛生署中央健康保險局

醫院

負責醫師

診所

醫院地址：

年　　月　　日

上表所列各保險對象核減費用，案經本局核定補付共計

新台幣

即請　寄下收據俾便匯奉　　此　　致

備據來局領取本埠支票

醫院

行政院衛生署中央健康保險局　　啟

診所

年　　月　　日