## 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

	<del></del>	<del>_</del>								
儿贴	<b>殿</b> 床 心	宏 木	<b>Б</b> 由却	그 그 나 나 다	历山却	丘	丘	l F	石	<i>:</i>
代號	醫療院	審查	原申報	□ 透移   ♬	原申報	十	4			4
					n 4n	<b>-</b>	حد ا		1.	.
字碼	所名稱	科別	類 別	補報   E	H HII	A B			<b>î</b>   數	ſ
1	1,11,217.113	1174	XX		H 501	/ <b>1</b>	/~	"		•

原申請	保險對象											復	行政院衛生署中央健康保險局填列								
案 件 流水號	身份證字號	姓	名	名	病稱	醫令序	內	容	數量	金額	理	由	審	核	意 見	補分數分	寸 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。
- 吡 (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	被保險人門言	診診療費	用,前經	貴局核減.	在案,茲檢附申復
清單一份即請息	惠予複核為花	<b></b>			
此 致					
行政院行	<b>新生署</b>	中央	健康	保 險	局
	醫院				
	Í	負責醫師			
	診所				
醫院地址:					

左 口

年 月

日

## 二聯 行政院衛生署中央健康保險局

## 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 □送核 類 別 □補報	原申報 日 期	年 月 日	<u>4</u>	'   '	月份	頁數
--	------	--------	------	--------------------	------------	----------	----------	-------	----	----

原申請	保險對象						申					復			行政院衛生署中央健康保險局填列							
案 件 流水號	身份證字號	姓	名	傷名	病稱	醫令序	內	容	數量	金額	理	由	審	核	意	見	補付數量	單	價	補金	付額	
合		計				1 1		人次									補ん	寸 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,作為補發說 清單。
  - (四)清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
- 明 (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
青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

		<del>_</del>								
儿贴	<b>殿</b> 床 心	宏 木	<b>Б</b> 由却	그 그 나 나 다	历山却	丘	丘	l F	石	<i>:</i>
代號	醫療院	審查	原申報	□ 透移   ♬	原申報	十	4			4
					n 4n	<b>-</b>	حد ا		1.	.
字碼	所名稱	科別	類 別	補報   E	H HII	A B			<b>î</b>   數	ſ
1	1,11,217.113	1174	XX		H 501	/ <b>1</b>	/~	"		•

原申請	保險對象						申					復			行政院衛生署中央健康保險局填列							
案 件 流水號	身份證字號	姓	名	傷名	病稱	醫令序	內	容	數量	金額	理	由	審	核	意	見	補付數量	單	價	補金	付額	
合		計				1 1		人次									補ん	寸 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 係規定,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

日

年 月