

醫療費用送審資料聲明書

醫事機構名稱：_____

醫事機構代號：_____

檢送 _____年_____月之抽樣病歷相關資料皆與正本相符，特此聲明，以茲為憑。

此致 中央健康保險署中區業務組

負責醫師： _____ (簽章)

醫事機構特約章戳：

中華民國 _____年 _____月 _____日