

衛生福利部中央健康保險署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	<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	原申報 日期	年 月 日
----------	--	------------	--	----------	--	-----------	--	-----------	----------

年度		月份		頁數	
----	--	----	--	----	--

原申請		保險對象		傷 名	病 稱	申 復				衛生福利部中央健康保險署填列			
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
合 計						人 次						補 付 金 額	

第二聯 衛生福利部中央健康保險署存查

- (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、三聯寄送衛生福利部中央健康保險署。
- (二)年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
- (三)核減費用經衛生福利部中央健康保險署複核後，加填衛生福利部中央健康保險署填列欄，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。
- 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 月份費用衛生福利部中央健康保險署通知表係於 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，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此 致
衛生福利部中央健康保險署
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

