

# 醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(總表)

機構代號：\_\_\_\_\_ 投保單位代號：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 負責醫師姓名：\_\_\_\_\_ 停診期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日(停診(業)文號：\_\_\_\_\_)

停診區分及申請方式：

1. 全面停診 機構 108 年同期健保申報醫療費用點數(A 表)+掛號費(C 表)+總表  
經常性給與薪資(B2 表)+維持費+掛號費(C 表)+總表
2. 部分停診(整體醫療費用低於 108 年同期者)  
108 年同期被隔離醫師健保申報醫療費用點數(B1 表) +掛號費(C 表)+總表  
經常性給與薪資(B2 表))+維持費+掛號費(C 表)+總表

項目	細目	單據張數	申請金額	健保署核付金額	醫療(事)機構印信      負責人員章
A 表	機構 108 年同期醫療費用點數				醫療(事)機構印信      負責人員章
B1 表	基本人事費	-			
B2 表					
維持費	水、電、瓦斯、電話				
	租金				
	管理、清潔、網路				
	各類社會保險費				
	其他				
	小計				
C 表	掛號費				
已領取防疫補償金額(切結書)					
停業期間申報醫療費用點數及掛號費					
合計					
<input type="checkbox"/> 部分停診，機構整體醫療費用點數未及 108 年同期者				<input type="checkbox"/> 低於 108 年同期	

連絡人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

機構地址：\_\_\_\_\_ (本署特約醫事機構免填)

\*須檢附中央流行疫情指揮中心或衛生主管機關書面通知停診(業)函影本。

\*除以 108 年同期健保申報醫療費用點數為計算基準外，其餘皆須檢附相關單據以為核銷依據。本表中屬公務預算支應者不得填報。

\*維持費以實際關閉期間及實際關閉區域占率核算。

# 醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(A表)

(補償方式採機構 108 年同期健保申報醫療費用點數-排除藥費及特材費)

機構代號：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

停診期間：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_月\_\_日 (停診(業)文號：\_\_\_\_\_)

項目	108 年同期申報醫療費用點數 (排除藥費及特材費)	中央健康保險署核付金額
門診		
住診		
合計		

註：粗框部分由中央健康保險署填寫。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(B1表)

(人事費申請清冊：基本人事費採醫師 108 年同期健保申報醫療費用點數-排除藥費及特材費)

機構代號：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_年\_\_月\_\_日

停診期間：\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_月\_\_日 (停診(業)文號：\_\_\_\_\_)

序號	姓名	身分證號碼	出生年月日	108 年同期申報醫療費用點數 (排除藥費及特材費)	健保署核付金額
合計					

- 註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。  
 2. 檢附人員停診期間繼續給付薪資證明。  
 3. 屬公務預算支應者不得填報。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(B2表)  
 (人事費申請清冊：基本人事費採停診前六個月經常性給與薪資者)

機構代號：\_\_\_\_\_ 投保單位代號：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_

停診期間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日(停診(業)文號：\_\_\_\_\_)申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

序號	人員類別	姓名	身分證號	出生年月日	平均 每月經常性薪資	經常性薪資申請金額	中央健康保險署 核付金額
合計		人數					
		金額					

註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。

2. 不同類別請按類別分開統計，類別分為1(醫師)、2(護理人員)、3(藥師)、4(其他受雇人員)等，請書明。
3. 經常性給與薪資包括基本薪資、加班、值班、定期獎勵金等，未檢附者將以其參加健保之投保金額計算。
4. 檢附人員薪資證明(停診前6個月之經常性薪資)及停診期間繼續給付薪資證明。
5. 屬公務預算支應者不得填報。

## 醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(C表) (掛號費)

機構代號：\_\_\_\_\_ 機構名稱：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

停診期間：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_月\_\_日 (停診(業)文號：\_\_\_\_\_)

項目	108年同期 每件金額	108年同期 件數	申請 金額	健保署核定		
				每件 金額	申請件數	總申請金額
門診						
急診						
合計						

- 註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。
2. 以停診個別醫師 108 年同期申報之門診件數計算。
3. 屬公務預算支應者不得填報。
4. 如因保險對象身分不同而收取不同掛號費，請分列。
5. 108 年同期每件金額部分，請檢附單據證明。