

即時查詢方案 醫事服務機構上傳錯誤刪除申請單

1090220 版

醫事服務機構名稱		醫事服務機構及負責醫事人員合約章 (需與合約印信印鑑相同)
醫事服務機構代碼		
申請聯絡人員		
聯絡電話	()	
電子信箱		
申請日期	年 月 日	
上傳錯誤個案資料	一、上傳錯誤項目, 請勾選： A. <input type="checkbox"/> 即時上傳「檢驗(查)結果」(含影像報告)。 B. <input type="checkbox"/> 即時上傳「醫療檢查影像」。 C. <input type="checkbox"/> 月批次上傳「檢驗(查)結果」。 D. <input type="checkbox"/> 上傳「出院病歷摘要」。 E. <input type="checkbox"/> 上傳「人工關節植入物資料」。 二、擬刪除個案之欄位資料, 請填寫於第 3 頁之【附件】。	
簡述上傳錯誤原因： _____		

第一聯：院所存根聯(本表格一式二聯)

※檢具本申請單及附件等正本親送或郵寄，免備公文，電子檔 email 至聯絡窗口信箱：

1. 收件者：中央健康保險署臺北業務組

西醫醫院：	費用一科 徐小姐	(02)2348-6320	電子信箱:B130089@nhi.gov.tw
西醫基層診所及藥局：	費用二科 黃先生	(02)2348-6432	電子信箱:B110992@nhi.gov.tw
中醫總額：	費用三科 賴小姐	(02)2348-6484	電子信箱:B110240@nhi.gov.tw
牙醫總額：	費用三科 白小姐	(02)2348-6380	電子信箱:B111225@nhi.gov.tw

2. 地址：台北市中正區公園路 15-1 號。

即時查詢方案刪除作業核定結果

(以下為中央健康保險署臺北業務組核定欄位請勿填寫)

◎受理編號：_____

同意刪除。

不同意刪除，理由：_____

健保署臺北業務組 核定章
核定日期：

即時查詢方案 醫事服務機構上傳錯誤刪除申請單

1090220 版

醫事服務機構名稱		醫事服務機構及負責醫事人員合約章 (需與合約印信印鑑相同)
醫事服務機構代碼		
申請聯絡人員		
聯絡電話	()	
電子信箱		
申請日期	年 月 日	
上傳錯誤個案資料	一、上傳錯誤項目,請勾選: A. <input type="checkbox"/> 即時上傳「檢驗(查)結果」(含影像報告)。 B. <input type="checkbox"/> 即時上傳「醫療檢查影像」。 C. <input type="checkbox"/> 月批次上傳「檢驗(查)結果」。 D. <input type="checkbox"/> 上傳「出院病歷摘要」。 E. <input type="checkbox"/> 上傳「人工關節植入物資料」。 二、擬刪除個案之欄位資料,請填寫於第3頁之【附件】。	
簡述上傳錯誤原因: _____		

第二聯：健保署存根聯（本表格一式二聯）

※檢具本申請單及附件等正本親送或郵寄，免備公文，電子檔 email 至聯絡窗口信箱：

1. 收件者：中央健康保險署臺北業務組

西醫醫院：	費用一科 徐小姐 (02)2348-6320	電子信箱:B130089@nhi.gov.tw
西醫基層診所及藥局：	費用二科 黃先生 (02)2348-6432	電子信箱:B110992@nhi.gov.tw
中醫總額：	費用三科 賴小姐 (02)2348-6484	電子信箱:B110240@nhi.gov.tw
牙醫總額：	費用三科 白小姐 (02)2348-6380	電子信箱:B111225@nhi.gov.tw

2. 地址：台北市中正區公園路15-1號。

即時查詢方案刪除作業核定結果 (以下為中央健康保險署臺北業務組核定欄位請勿填寫)

◎受理編號： _____

同意刪除。

不同意刪除，理由： _____

經 辦	覆 核	決 行

刪除維護： _____ 及日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日。

上傳錯誤項目及代碼：

- A. 即時上傳「檢驗(查)結果」(含影像報告)。
- B. 即時上傳「醫療檢查影像」。
- C. 月批次上傳「檢驗(查)結果」。
- D. 上傳「出院病歷摘要」。
- E. 上傳「人工關節植入物資料」。

序號	上傳 錯誤 項目 (請填 代碼)	姓名	身分 證號	出生 日期	醫令 代碼	實際 檢查 日期	報告 日期	上傳 日期	案件 分類 (未申 報者免 填)	流水 號 (未申 報者免 填)	出院 日期 (出院 病歷摘 要者填 寫)
1											
2											
3											
4											
5											

說明：1. 依上傳錯誤個案增減序號。

2. 欄位中之日期，請填**民國年**、月、日，例如：**109/2/20**。

醫事服務機構蓋章：