

VPN 登錄上傳資訊之更正申請單

醫事機構名稱：		醫事機構代號：		
計畫名稱（單選）：				
<input type="checkbox"/> 氣喘醫療給付改善方案 <input type="checkbox"/> 糖尿病品質支付服務(原糖尿病醫療給付改善方案) <input type="checkbox"/> 初期慢性腎臟病品質支付服務(原初期慢性腎臟病醫療給付改善方案) <input type="checkbox"/> 末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫 <input type="checkbox"/> B 型肝炎帶原者與 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案 <input type="checkbox"/> 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫 <input type="checkbox"/> C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病(COPD)醫療給付改善方案 <input type="checkbox"/> 其他：				
申請日期：				
更正項目 (可複選)	基本資料	<input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 其他： ※更改基本資料請檢附 <u>證明文件</u> ，如：病歷首頁、健保卡影本等。		
	就醫資料	<input type="checkbox"/> 取消結案日期 <input type="checkbox"/> 其他：		
個案資料		更正內容		
	基本資料	系統結案日期 /原登錄資料	漏登錄資料的就醫日期 /正確資料	更正理由
1	姓名： 出生日期： 身分證字號：			
2	姓名： 出生日期： 身分證字號：			
3	姓名： 出生日期： 身分證字號：			
填表人（必填）：				
連絡電話（必填）：				

註：個案如超過 3 位以上，可自行增加列數。

※取消結案後，請於當日補登資料，以免隔日又被系統結案。

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章