

全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案申請書

本院所申請參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範。

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

個案管理人：

醫事人員具「糖尿病共同照護網」認證資格 是 否

醫事機構章戳

(醫療院所印章)

(負責醫師印章)

中華民國 年 月 日

## 糖尿病醫療照護團隊資料表 (請依轄區業務組要求修訂或補充)

(請填具現行所有照護團隊人員資料)

醫事機構名稱及代號：

序號	新增人員或 展延註記	職稱	姓名	身分證字號	專 / 兼任 (如為兼任,請填具 支援期間)	專科醫師資格及照護網認證資格	
						專科醫師別	縣市照護網認證字號

註：1. 請填具現行所有照護團隊人員資料，其中為本次報備之「新增人員」或「展延證書」者，請另標示「新增」或「展延」以利作業。

2. 新增人員，請檢附相關證書影本（如：醫師專科證書、護理證書、營養師證書、有效期限內之縣市糖尿病照護網認證證書）。

3. 衛生教育人員，如係兼任，請檢附衛生局核備函。

4. 報備縣市糖尿病照護網認證證書展延者，請檢附展延後照護網證書影本。