

醫療檢查影像、檢驗查結果上傳作業異常狀況報備單(醫院層級)

1080516版

〔自108年1月起發生異常致無法於「**實際檢查/報告日期後24小時內**」上傳醫療檢查影像及檢驗查結果時，請先洽本署資訊服務專線協助：(07)231-8122，如仍無法排除時，請先洽窗口人員確認，再填送本報備單及相關證明文件送本署高屏業務組醫療費用一科核備〕

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		
聯絡人員		
聯絡電話	()	
E-mail		
報備日期	年 月 日	
異常項目	<input type="checkbox"/> 檢驗(查)結果，異常日期起迄(報告日期)： _____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
	<input type="checkbox"/> 醫療影像，異常日期起迄(實際檢查日期)： _____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
異常狀況說明 (檢附證明文件)	<input type="checkbox"/> 1. 安全模組故障造成讀卡機無法使用。 <input type="checkbox"/> 2. 網路線路故障(中華電信線路檢測/報修專線 (02)2344-3118)。 <input type="checkbox"/> 3. 共通傳輸平台異常(請先洽本署資訊服務專線協助：(07)231-8122)。 <input type="checkbox"/> 4. 健保資訊網服務系統(VPN)故障(請說明時段，嗣後由本署進行確認)。 <input type="checkbox"/> 5. 停電。 <input type="checkbox"/> 6. 其他(請說明)。(以上如有說明，請填第2頁之”異常狀況說明表”)	
何時補上傳： _____年_____月_____日		

第一聯：院所存根聯(本表格一式二聯)

※請於異常發生後兩週內填送本報備單及相關證明文件至高屏業務組貴院醫療費用承辦人，正本用印後親送或郵寄，免備公文，寄送地址：80147高雄市前金區中正四路259號12樓。

醫療檢查影像上傳作業異常狀況核定表

健保署核定章

(以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位請勿填寫)

以上貴醫事服務機構報備事項，受理編號：
經本業務組審核結果如下：

- 同意登錄備查。
- 不同意，理由：

核定日期

異常狀況說明表

備註：本說明表請併同報備單及相關證明文件，正本親送或郵寄至本署高屏業務組醫療費用一科貴院醫療費用承辦人。

醫療檢查影像、檢驗查結果上傳作業異常狀況報備單(醫院層級)

1080516版

〔自108年1月起發生異常致無法於「**實際檢查/報告日期後24小時內**」上傳醫療檢查影像及檢驗查結果時，請先洽本署資訊服務專線協助：(07)231-8122，如仍無法排除時，請先洽窗口人員確認，再填送本報備單及相關證明文件送本署高屏業務組醫療費用一科核備〕

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		
聯絡人員		
聯絡電話	()	
E-mail		
報備日期	年 月 日	
異常項目	<input type="checkbox"/> 檢驗(查)結果，異常日期起迄(報告日期)： _____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
	<input type="checkbox"/> 醫療影像，異常日期起迄(實際檢查日期)： _____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
異常狀況說明 (檢附證明文件)	<input type="checkbox"/> 1. 安全模組故障造成讀卡機無法使用。 <input type="checkbox"/> 2. 網路線路故障(中華電信線路檢測/報修專線 (02)2344-3118)。 <input type="checkbox"/> 3. 共通傳輸平台異常(請先洽本署資訊服務專線協助：(07)231-8122)。 <input type="checkbox"/> 4. 健保資訊網服務系統(VPN)故障(請說明時段，嗣後由本署進行確認)。 <input type="checkbox"/> 5. 停電。 <input type="checkbox"/> 6. 其他(請說明)。(以上如有說明，請填第2頁之”異常狀況說明表”)	
何時補上傳： _____年_____月_____日		

第二聯：健保署存根聯(本表格一式二聯)

※請於異常發生後兩週內填送本報備單及相關證明文件至高屏業務組貴院醫療費用承辦人，正本用印後親送或郵寄，免備公文，寄送地址：80147高雄市前金區中正四路259號12樓。

醫療檢查影像上傳作業異常狀況核定表

健保署核定章

(以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位請勿填寫)

以上貴醫事服務機構報備事項，受理編號：
經本業務組審核結果如下：

- 同意登錄備查。
- 不同意，理由：

核定日期

異常狀況說明表

備註：本說明表請併同報備單及相關證明文件，正本親送或郵寄至本署高屏業務組醫療費用一科貴院醫療費用承辦人。