

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)自 年 月 日起以支援方式派 醫師 復健治療人員 至

_____ (照護機構名稱) _____ (照護機構代號)

支援一般門診、復健診療服務(經目的事業主管機關許可立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家)，為保險對象提供醫療服務。前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或復健治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用，如有經通知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事項：

- 一、每月 日(併費用申報作業辦理)前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院院民名冊。
- 二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。
- 三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附資料詳如附件。
- 四、於照護機構建置健保卡讀卡環境(例：院所備連線型讀卡機)，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。

刷卡方式說明：_____

- 五、允諾照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料，如照護機構不予配合時視同違約。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章
(請加蓋與合約相符之印信及印鑑)	

中華民國 年 月 日