

全民健康保險醫療服務給付項目事前審查申請書						<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動	受 理	日 期		
醫事服務機構名稱及代號		保險對象	姓名	出生年月日	原受理編號	主治醫師	姓名	身 分 證 統 一 編 號		
								傷病名稱、傷病情況及申請原因(同PACS)	國際疾病分類碼	
項次	項目編號	項目名稱	部位、側別	數量	先前已核定數量	保險人核定欄				
						<input type="checkbox"/> 1. 同意備查。 <input type="checkbox"/> 2. 不予同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 3. 依病情不符使用_____之規定，請改用_____。 <input type="checkbox"/> 4. 項次第_____項，數量核定為_____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 5. 項目代碼與名稱不符。 <input type="checkbox"/> 6. 手術僅同意_____側，另側歎難同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 7. 保險人審慎研議中，俟決議後再行函復。 <input type="checkbox"/> 8. 請補送附件第_____項(參閱檢送附件欄)，或補件名稱：_____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 9. 其他：請說明_____。				
檢送附件	<input type="checkbox"/> 1. 病歷影本 <input type="checkbox"/> 2. X光片 <input type="checkbox"/> 3. 臟器或骨髓移植個案診斷紀錄表 <input type="checkbox"/> 4. 細菌培養檢驗報告 <input type="checkbox"/> 5. 病歷摘要 <input type="checkbox"/> 6. 心電圖 <input type="checkbox"/> 7. 治療計劃 <input type="checkbox"/> 8. 超音波影像 <input type="checkbox"/> 9. 白內障術前檢查紀錄 <input type="checkbox"/> 10 手術同意書 <input type="checkbox"/> 11. CT影像 <input type="checkbox"/> 12. MRI 影像 <input type="checkbox"/> 13. 其他									
注意事項	1. 本申請書一式二聯，限一人一案，由保險醫事服務機構填報，不必備文； 1-1 特定案件：骨髓、器官(限心、肺、肝、屍體臟腑)移植及立體定位放射手術(限三度空間及加馬機)等，除 1-2 外，請逕寄保險人臺北業務組審核。 1-2 台中縣、台中市、彰化縣及南投縣醫事服務機構申請加馬刀、X光刀立體定位放射手術及非自主審查之肝臟移植等事前審查項目，寄保險人中區業務組審核。 1-3 其餘案件，則請寄保險人各分區業務單位審核。 2. 「原受理編號」於申復或異動資料時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定該保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核；對申復審查結果如有異議，得於收到申復核定通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議會申請爭議審議。 5. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。 6. 本申請書得由保險醫事服務機構自行印製，並依申請項目需要作成例形式特定項目申請書使用。 7. 為審查需要，未填載齊全或資料未備齊者，將予退件處理。					審查醫師				
						承辦人	複核	科長	決行	
醫事服務機構暨負責醫師：	申請日期： 年 月 日									
印信										

附件

緊急傳真日期：

全民健康保險醫療服務給付項目事前審查申請書 <input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動										受	日	期	第二聯：核定通知聯
										理	編 號		
醫事服務機構名稱及代號		保	姓 名		出 生	年 月 日	原 受 理 號		主	姓 名			
		險	身 分 證 統 一 編 號						治	身 分 證 統 一 編 號			
		對							醫				
		象							師				
傷 病 名 稱、傷 病 情 況 及 申 請 原 因 (同 PACS)										國 際 疾 病 分 類 碼			
保 險 人 核 定 欄													
項 次	項 目 編 號	項 目 名 稱	部 位、側 別	數 量	先 前 已 核 定 數 量	<input type="checkbox"/> 1. 同意備查。 <input type="checkbox"/> 2. 不予同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 3. 依病情不符使用_____之規定，請改用_____。 <input type="checkbox"/> 4. 項次第_____項，數量核定為_____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 5. 項目代碼與名稱不符。 <input type="checkbox"/> 6. 手術僅同意_____側，另側歎難同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 7. 保險人審慎研議中，俟決議後再行函復。 <input type="checkbox"/> 8. 請補送附件第_____項 (參閱檢送附件欄)，或補件名稱：_____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 9. 其他：請說明_____。							
檢 送 附 件 <input type="checkbox"/> 1. 病歷影本 <input type="checkbox"/> 2. X光片 <input type="checkbox"/> 3. 臟器或骨髓移植個案診斷紀錄表 <input type="checkbox"/> 4. 細菌培養檢驗報告 <input type="checkbox"/> 5. 病歷摘要 <input type="checkbox"/> 6. 心電圖 <input type="checkbox"/> 7. 治療計劃 <input type="checkbox"/> 8. 超音波影像 <input type="checkbox"/> 9. 白內障術前檢查紀錄 <input type="checkbox"/> 10 手術同意書 <input type="checkbox"/> 11. CT 影像 <input type="checkbox"/> 12. MRI 影像 <input type="checkbox"/> 13. 其他													
注 意 事 項 1. 本申請書一式二聯，限一人一案，由保險醫事服務機構填報，不必備文； 1-1 特定案件：骨髓、器官(限心、肺、肝、屍體胰臟)移植及立體定位放射手術(限三度空間及加馬機)等，除1-2外，請逕寄保險人臺北業務組審核。 1-2 台中縣、台中市、彰化縣及南投縣醫事服務機構申請加馬刀、X光刀立體定位放射手術及非自主審查之肝臟移植等事前審查項目，寄保險人中區業務組審核。 1-3 其餘案件，則請寄保險人各分區業務單位審核。 2. 「原受理編號」於申復或異動資料時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定該保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核；對申復審查結果如有異議，得於收到申復核定通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議會申請爭議審議。 5. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。 6. 本申請書得由保險醫事服務機構自行印製，並依申請項目需要作成例行式特定項目申請書使用。 7. 為審查需要，未填載齊全或資料未備齊者，將予退件處理。													
醫事服務機構暨負責醫師：													
申請日期： 年 月 日													
印 信													

保險人

日期章戳