

<p style="margin: 0;">藥品 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補件</span></p> <p style="margin: 0;">全民健康保險藥品及特殊材料 <span style="float: right;">事前審查申請書</span></p> <p style="margin: 0;">特殊材料 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動</span></p>						受	日	期								
						理	編	號								
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	受	理	號	主治醫師	姓名					
			身分證統一編號		科 別		預實施日期				身分證統一編號					
傷病名稱、傷病情況及使用理由或申復理由										國際疾病分類碼						
項次	項目編號	項目名稱	規格、劑型及用法	廠牌	數量	保險人核定欄										
						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不予同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 依病情不符使用 _____ 之規定，請改用 _____。 <input type="checkbox"/> 依病情同意其手術，但特材改採 _____。 <input type="checkbox"/> 項次第 _____ 項，數量核定為 _____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 請改用相同療效，價格較廉之藥品或特材。 <input type="checkbox"/> 項目代碼與名稱不符。 <input type="checkbox"/> 手術僅同意 _____ 側，另側歎難同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 論病例計酬案件同意其手術，特材改採 _____。 <input type="checkbox"/> 保險人審慎研議中，俟決議後再行函復。 <input type="checkbox"/> 請補送附件第 _____ 項（參閱檢送附件欄），或補件名稱：_____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 其他										
檢送附件	<input type="checkbox"/> 1. 病歷影本 <input type="checkbox"/> 2. X光片 <input type="checkbox"/> 3. 心臟等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. 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；申請心臟移植、肺臟移植、肝臟移植、屍體臟器官移植、骨髓移植及立體定位放射手術暨不符主管機關藥品許可證之適應症，請逕寄保險人臺北業務組審核；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」申復時填寫，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. 醫事服務機構填報藥品、特材價格經核定後，如該醫療費用申報時價格已調降，則依保險人公告之藥物給付項目及支付標準支付。 5. 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 60 日內向全民健康保險爭議審議會申請爭議審議。 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。															
												審 查 醫 師	保險人		日期章戳	
												承 辦 人	複 核 科	長	決 行	
醫事服務機構	負責醫師： 印 章		申請日期： 年 月 日													

<p style="margin: 0;">藥品 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補件</span></p> <p style="margin: 0;">全民健康保險藥品及特殊材料 <span style="float: right;">事前審查申請書</span></p> <p style="margin: 0;">特殊材料 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動</span></p>						受	日	期			
						理	編	號			
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
		身	分	證	統	一	編	號	科	別	預
						主治醫師	姓	名			國際疾病分類碼
						傷病名稱、傷病情況及使用理由或申復理由					國際疾病分類碼
項次	項目編號	項目名稱	規格、劑型及用法	廠牌	數量	保險人核定欄					
						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不予同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 依病情不符使用 _____ 之規定，請改用 _____。 <input type="checkbox"/> 依病情同意其手術，但特材改採 _____。 <input type="checkbox"/> 項次第 _____ 項，數量核定為 _____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 請改用相同療效，價格較廉之藥品或特材。 <input type="checkbox"/> 項目代碼與名稱不符。 <input type="checkbox"/> 手術僅同意 _____ 側，另側歎難同意，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 論病例計酬案件同意其手術，特材改採 _____。 <input type="checkbox"/> 保險人審慎研議中，俟決議後再行函復。 <input type="checkbox"/> 請補送附件第 _____ 項（參閱檢送附件欄），或補件名稱：_____，理由：_____。 <input type="checkbox"/> 其他					
檢	送	<input type="checkbox"/> 1. 病歷影本 <input type="checkbox"/> 2. X光片 <input type="checkbox"/> 3. 心臟等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. 其他：									
注	意	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；申請心臟移植、肺臟移植、肝臟移植、屍體臟器器官移植、骨髓移植及立體定位放射手術暨不符主管機關藥品許可證之適應症，請逕寄保險人臺北業務組審核；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」申復時填寫，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. 醫事服務機構填報藥品、特材價格經核定後，如該醫療費用申報時價格已調降，則依保險人公告之藥物給付項目及支付標準支付。 5. 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 60 日內向全民健康保險爭議審議會申請爭議審議。 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。									
醫事服務機構	負責醫師：印 章	申請日期： 年 月 日									
						保險人	日期章戳				