

# 衛生福利部中央健康保險署醫療費用申復總表

特約醫事服務機構		費用年月	送核費用申報日期	原核定發文日期
(代號)	(名稱)	年 月	年 月 日	年 月 日
抽樣科別	樣本件數	樣本金額		備註
家醫科				
內科				
外科				
兒科				
婦產科				
骨科				
神經外科				
泌尿科				
耳鼻喉科				
眼科				
皮膚科				
神經內科				
精神科				
復健科				
牙科				
中醫				
其它科系				
合計				
其它				
總計				
填表說明	1.使用此表免另行辦函，請填送一式一份。 2.表列金額請填寫未經回推公式計算前之核減金額。 3.門診醫療費用申復案一律採書面申報。 4.此表應蓋與合約相同之醫事服務機構負責人印章及醫事服務機構印信。			
負責醫師姓名：		發文日期：		
醫事服務機構地址：		經辦人員：		
醫事服務機構電話：				
印信：				

# 衛生福利部中央健康保險署醫療費用申復總表

特約醫事服務機構		費用年月	送核費用申報日期	原核定發文日期
(代號)	(名稱)	年 月	年 月 日	年 月 日
抽樣科別	樣本件數		樣本金額	備註
家醫科				
內科				
外科				
兒科				
婦產科				
骨科				
神經外科				
泌尿科				
耳鼻喉科				
眼科				
皮膚科				
神經內科				
精神科				
復健科				
牙科				
中醫				
其它科系				
合計				
其它				
總計				
填表說明	1.使用此表免另行辦函，請填送一式一份。 2.表列金額請填寫未經回推公式計算前之核減金額。 3.門診醫療費用申復案一律採書面申報。 4.此表應蓋與合約相同之醫事服務機構負責人印章及醫事服務機構印信。			
負責醫師姓名：		發文日期：		
醫事服務機構地址：		經辦人員：		
醫事服務機構電話：				
印信：				