

全民健保特約醫事服務機構住院醫療費用點數申復清單

姓名		身分證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	
----	--	----	--	----	--

傷病名稱	申 復					中 央 健 康 保 險 署 填 列				
	醫令序	內 容	數 量	金 額	理 由	審 核 意 見	補付數量	單 價	補付金額	
小計				元					元	
總計				元					元	

第一聯 醫療院所存查

醫院代號		地 址	
醫院名稱		電 話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

衛生福利部中央健康保險署

醫院負責醫師 印

年 月 日

全民健保特約醫事服務機構住院醫療費用點數申復清單

102.06.修訂版

(

姓名		身分證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	原申報日期	年	月	日

年度		月份		頁數	
----	--	----	--	----	--

傷病名稱	申 復					中央健康保險署填列				
	醫令序	內 容	數 量	金 額	理 由	審 核 意 見	補付數量	單 價	補付金額	
小計	人	元			元					
總計	人	元			元					

第二聯 衛生福利部中央健康保險署存查

醫院代號		地 址	
醫院名稱		電 話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

衛生福利部中央健康保險署

醫院負責醫師 印

年 月 日

核定	複核	初核	審查委員

全民健保特約醫事服務機構住院醫療費用點數申復清單

姓名		身分證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	
----	--	----	--	----	--

傷病名稱	申 復					中央健康保險署填列				
	醫令序	內 容	數 量	金 額	理 由	審 核 意 見	補付數量	單 價	補付金額	
小計	人	元			元					
總計	人	元			元					

第三聯 代付款清單

醫院代號		地 址	
醫院名稱		電 話	
填表日期	年 月 日	經 辦 人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

衛生福利部中央健康保險署

醫院負責醫師

年 月 日