

牙醫診所 函

機關地址：
聯絡人：
聯絡電話：

受文者：衛生福利部中央健康保險署南區業務組

發文日期：中華民國 年 月 日
發文字號：
速別：普通件

主旨：本診所（ 牙醫診所/院所代號 ）
有意願參加貴署「專業審查作業紙本病歷替代方案」，申請
牙醫門診醫療費用抽審資料（病歷、X光片）以電子檔
案傳輸送請專業審查，請查照。

正本：衛生福利部中央健康保險署南區業務組

大章

小章

裝

訂

線