

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號40樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：許家禎 (02)25000133 轉 266
電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw



受文者：詳如正、副本

發文日期：中華民國 107 年 2 月 23 日

發文字號：牙全廷字第 0997 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署醫療費用收據增列健康存摺下載網址之參考格式，詳如說明段，敬請周知會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署 107 年 1 月 23 日健保醫字第 1070032586 函辦理，請各縣市牙醫師公會周知所屬會員。
- 二、為便於保險對象瞭解牙科門診就醫處置明細並做好自我健康管理，請於交付保險對象之醫療費用收據中增列健康存摺下載網址，參考格式如附件，敬請周知會員。
- 三、上述內容電子檔已刊登於本會網站，供會員自行下載。本會網址：www.cda.org.tw；路徑：法規資料庫 > 全民健保總額相關法規 > 總額相關法規。

107.3.1	收文
<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉知
	擬辦
	簽

會員
吳尚廷
3/15

正本：22 縣市牙醫師公會

副本：牙醫門診醫療服務六區審查分會

牙醫全聯會
板對章(265)

理事長 吳尚廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務六區審查分會 主委決行

○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○	身分證號：○○○○○○○○○○	出生日期：○○○/○○/○○
性別：○	就診日期：○○○/○○/○○	就醫身分別：○○○○
健保卡就醫序號：○○○○	部分負擔代號：○○○	就醫科別：○○○
診別：○○	醫師姓名：○○○	病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	XX	掛號費	XX
藥費	XX	部分負擔	
藥事服務費	XX	基本部分負擔	XX
注射費	XX	藥品部分負擔	XX
檢驗費	XX	復健部分負擔	XX
檢查費	XX	檢驗檢查	XX
處置手術費	XX	藥品	XX
材料費	XX	衛材	XX
		其他	XX
小計：健保申報XXXX點 (健保申報點數非一點一元給付)		小計：部分負擔金額XXX元 其他自費金額 XXX元	
應繳金額：XXX元		收款人：○○○ (收費章及日期)	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話（條戳或圖記）

第○聯

收據編號：○○○○○

有關您的費用收據資料可至全民健康保險署「健康存摺」查詢
<https://myhealthbank.nhi.gov.tw/>

