

_____(醫事機構名稱)_____
函

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

附件：如說明二

主旨：本院所費用年月____年____月 牙位
處置 已申報資料錯誤，惠請

貴組協助更正。

說明：

一、 本案資料更正項目：牙位處置，更正原因_____
_____，請惠予更正。

二、 因處置_____有誤，同意貴組追扣_____點。

三、 檢附牙醫醫療院所(牙位/處置)申報資料更正申請書一份

病歷相關資料

補報申報總表(正確處置採補報方式，請依 VPN 申報作業

上傳)

正本：衛生福利部中央健康保險署南區業務組

(醫事機構大章)

(小章)

牙醫醫療院所(牙位/處置)申報資料更正申請書

申請日期 ____年____月____日

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

病人姓名	身分證號	出生日期	就醫日期	案件分類	流水號	原申報資料		更正後資料	
						處置代碼	部位	處置代碼	部位

※更正資料與費用申報脫鉤，如因醫療費用案件申復需要，請自行檢具**相關資料**；**正確處置請循補報程序申報。**

院所聯絡人姓名：

院所聯絡電話：

醫療院所蓋章：