全民健保特約醫事服務機構門診醫療費用點數申復清單

105.04.01修訂版

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月 日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	中央健康保險署填列				
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		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
合計				人次							補付金額			

說明

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送衛生福利部中央健康保險署。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經衛生福利部中央健康保險署複核後，加填行中央健康保險署填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議，請依照全民健康保險法第六條第一項及全民健康保險爭議事項審議辦法第四條規定，於核定通知文件達到之次日起六十日內逕向全民健康保險爭議會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用衛生福利部中央健康保險署通知表係於　　年　　月　　日寄達。
(七) 請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

衛生福利部　中　央　健　康　保　險　署

醫院

負責醫師

診所

醫事機構地址：

年　　月　　日

第一聯　醫療院所存查

全民健保特約醫事服務機構門診醫療費用點數申復清單

105.04.01修訂版

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月　日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	中央健康保險署填列				
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		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
合計				人次							補付金額			

說明

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送衛生福利部中央健康保險署。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經衛生福利部中央健康保險署複核後，加填中央健康保險署填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議請依照全民健康保險法第六條第一項及全民健康保險爭議審議事項辦法第四條規定，於核定通知文件達到之次日起六十日內逕向全民健康保險爭議會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用衛生福利部中央健康保險署通知表係於　　年　　月　　日寄達。
(七) 請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

衛生福利部中央健康保險署

醫院

負責醫師

診所

醫事機構地址：

年　　月　　日

核定	複核	初核	審查委員

第二聯　衛生福利部中央健康保險署存查

全民健保特約醫事服務機構門診醫療費用申復清單

105.04.01修訂版

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月　日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	中央健康保險署填列				
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		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
合計				人次							補付金額			

說明

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送衛生福利部中央健康保險署。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經衛生福利部中央健康保險署複核後，加填中央健康保險署填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議，請依照全民健康保險法第六條第一項及全民健康保險爭議事項審議辦法第四條規定，於核定通知文件達到之次日起六十日內逕向全民健康保險爭議會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用衛生福利部中央健康保險署通知表係於　　年　　月　　日寄達。
(七) 請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　　致

衛生福利部　　中央健康保險署

醫院

負責醫師

診所

醫事機構地址：

年　　月　　日

上表所列各保險對象核減費用申復案，經本署核定如本清單之「中央健康保險署」欄位，請核對本署付款通知書。

此　　致

醫院

診所

衛生福利部中央健康保險署　　啟

年　　月　　日

第三聯　代付款清單