(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 $\frac{□牙位}{□處置}$ 已申報資料錯誤，惠請貴組協助更正。

說明：

1. 本案資料更正項目：□牙位□處置，更正原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，請惠予更正。

1. □因處置\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_有誤，同意貴組追扣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_點。
2. 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：