~~行政院衛生署中央~~全民健~~康~~保~~險局~~特約醫事服務機構~~醫療給付~~門診~~診療~~醫療~~費用~~點數~~申復清單

102.06
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	~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~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			

第一聯　醫療院所存查

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~~行政院衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~局~~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~~衛生福利部行政院衛生署中央~~健康保險~~局~~署複核後，加填行~~政院衛生署~~中央健康保險~~局~~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~~收到~~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~~委員~~會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用~~行政院衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~局~~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~~局~~署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

~~行政院衛生署~~衛生福利部　中央健康保險~~局~~署

醫院

負責醫師

診所

醫~~院~~事機構地址：

年　　月　　日

~~行政院衛生署中央~~全民健~~康~~保~~險局~~特約醫事服務機構~~醫療給付~~門診~~醫療~~診~~~~療~~費用~~點數~~申復清單

102.06
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	~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~~~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		

第二聯　~~衍~~政院~~衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~局~~~~署~~存查

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~~行政院衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~局~~~~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~~行政院衛生署中央~~健~~康~~保險~~署局~~複核後，加填~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~~~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~~收到~~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~~委員~~會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用~~行政院衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~局~~~~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~~局~~~~署~~核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

~~行政院~~衛生~~署~~福利部中央健康保險~~局~~~~署~~

醫院

負責醫師

診所

~~醫院~~醫事機構地址：

年　　月　　日

核定	複核	初核	審查委員

~~行政院衛生署中央~~全民健~~康~~保~~險局~~特約醫事服務機構~~醫療給付~~門診~~醫療診療~~費用申復清單

102.06
修訂版

第三聯　代付款清單

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	~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~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			

（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~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~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~~行政院衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~署局~~複核後，加填~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~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~~收到~~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~~委員會~~申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用衛生福利部~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~署通知表係於　　年　　月　　日寄達。
（七）請按審查科別分別填報。

說明

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴~~局~~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~~行~~　~~政~~生　~~院~~福　~~衛~~利　~~生~~部　~~署~~　中　央　健　康　保　險　~~局~~署

醫院

負責醫師

診所

醫~~院~~事機構地址：

年　　月　　日

上表所列各保險對象核減費用，案經本~~局~~署核定補付共計

新台幣

即請　寄下收據俾便匯奉　　此　　致

備據來~~局~~署領取本埠支票

醫院

衛生福利部~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~署　　啟

診所

年　　月　　日