~~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~~住院~~醫療~~診療~~費用~~點數~~申復清單

102.06 修訂版

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	☐ 送核 ☐ 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申復					~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~署填列				
	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
小計	人			元						元
總計	人			元						元

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴~~局~~署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

~~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 印

年 月 日

第一聯 醫療院所存查

~~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~~住院~~診療~~醫療費用~~點數~~申復清單

~~98.12~~102.06.~~更新~~修訂版
(~~網底爲本次修正部份~~)

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	☐ 送核 ☐ 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申復					~~行政院衛生署~~ 中央健康保險~~局~~署填列				
	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
小計	人	元				元				
總計	人	元				元				

第二聯

~~行政院衛生署~~衛生福利部中央健康保險~~局~~署存查

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴~~局~~署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

~~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 印

年 月 日

核定	複核	初核	審查委員

102.06 修訂版

~~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~~住院~~診療~~醫療~~費用~~點數~~申復清單

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	☐ 送核 ☐ 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申				復	~~行政院衛生署~~ 中央健康保險~~局~~署填列				
	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
小計	人			元						元
總計	人			元						元

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴~~局~~署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

衛生福利部~~行政院衛生署~~中央健康保險~~局~~署

醫院負責醫師 印

年 月 日

第三聯 代付款清單