

特約醫事服務機構住院醫療服務點數申報總表-書面格式

t1 資料格式		t2 服務機構		t3 費用年月	t4 申報方式			t5 申報類別			t6 申報日期	收文日期
20	住院申報 總表	(代號)	(名稱)	年 月	1 <input type="checkbox"/> 書面	2 <input type="checkbox"/> 媒體	3 <input type="checkbox"/> 連線 <input type="checkbox"/> 網路	1 <input type="checkbox"/> 送核	2 <input type="checkbox"/> 補報	3 <input type="checkbox"/>	年 月 日	(本局 <u>署</u> 自填)

類別	項目	件	數	日	數	點	數
	一般案件	t7		t8		t9	
	論病例計酬案件	t10		t11		t12	
	特定案件	t13		t14		t15	
	醫療費用總額	t16		t17		t18	
	部分負擔點數	t19		t20		t21	
	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護	t22		t23		t24	
	Tw-DRGs 案件	t25		t26		t27	
	申請點數	t28		t29		t30	
	本次連線申報起迄日期 (非連線申報者免填)	t31	起日: 年 月 日			t32	迄日: 年 月 日
注 意 事 項	1. 使用此表,請免另行辦函。 2. 本表請填送一式兩份。 3. 採書面申報者,應檢附本表及住院醫療點數清單、醫令清單。 4. 採媒體申報或連線申報者,應檢附本表、媒體資料(連線申報者免附)。 5. 如屬特定案件者,不論採何種方式申報,均應檢附醫療點數清單、醫令清單及相關報告等資料。 6. 補報係個案整筆或單筆費用漏報者使用,且每月之補報案件應彙整填送總表與當月份之送核費用總表同時寄送。 本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。						

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

發文字號：_____

電話：

印信：