

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 102 年____月【16 案件補申報加成】申請表

申請日期： 年 月 日

醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號	
原申報 16 案件件數 (該月)			
補申報明細如下：			
<u>序號</u>	<u>原申報流水號</u>	<u>病患姓名</u>	<u>ID</u>
		<u>特定治療項目代號(一)</u>	<u>原申報點數</u>
		<u>補申報成數</u>	<u>補申報點數</u>
		<u>醫師 ID</u>	
1.			
2.			

負責醫師姓名： (大小章)

醫事服務機構名稱：