自 動 繳 回 同 意 書

（附件 2）

院 所 名 稱：＿＿＿＿＿＿＿＿　醫事機構代碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

基於全民健保牙醫門診總額支付制度之同儕制約精神，本人願意在自主管理的前提下，接受牙總中區分會輔導，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 69 條簽訂本自動繳回同意書，願意自動繳回醫療費用＿＿＿＿＿＿＿＿點整，並請自本院所申報之醫療費用扣減。

本人同時聲明：放棄向行政院衛生署中央健康保險局中區業務組及所有相關單位提出申復之一切權利。恐口說無憑，特立本同意書為據。

此致　行政院衛生署中央健康保險局中區業務組、全聯會全民健保牙醫門診總額中區分區執行委員會

立同意書醫師：　（簽章）

身 分 證 字 號：

院所負責醫師：　（簽章）

身 分 證 字 號：

（院所用印）

見證人：全聯會全民健保牙醫門診總額中區分區執行委員會

主 任 委 員：　執行長：

輔導組組長：　醫管組組長：

醫審組組長：　審查醫師召集人：

中 華 民 國　　年　　月　　日

備註：自動繳回同意書一式三份
正本：行政院衛生署中央健康保險局中區業務組
影本：全聯會全民健保牙醫門診總額中區分區執行委員會、立同意書院所