

行政院衛生署中央健康保險局特約 物理治療所 醫療服務點數申報總表

職能治療所

1 資料格式	2 特約物理(職能)治療所代號及名稱	3 費用年月	4 申報方式	5 申報類別	6 申報日期	收文日期
30 物理(職能)治療費用總表	(代號) (名稱)	年 月	2 <input type="checkbox"/> 媒體 <input type="checkbox"/> 網路	1 <input type="checkbox"/> 送核 2 <input type="checkbox"/> 補報 3 <input type="checkbox"/> 申複	年 月 日	(本局自填)

類 別	件 數	申 請 金 額	
物理(職能)治療服務	7.	8.	負責物理(職能)治療師姓名： 特約物理(職能)治療所地址： 電話： 印信： 申複者請填原核付費用通知之發文日期及字號： 發文日期：_____。 發文字號：_____。
總 計	9.	10.	
本次連線申報起迄日期 (非連線申報者免填)	11. 連線申報起日期 年 月 日	12. 連線申報迄日期 年 月 日	
注 意 事 項	<input type="checkbox"/> 一、使用本表免另行辦函。 <input type="checkbox"/> 二、本表請填送一式兩份。 <input type="checkbox"/> 三、媒體申報者,僅需填寫本表及送媒體(磁片或磁帶)。 <input type="checkbox"/> 四、連線申報者,僅需填寫本表。 <input type="checkbox"/> 五、本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。		