書面格式

行政院衛生署中央健康保險局特約醫事檢驗機構及特約醫事放射機構醫療服務點數申報總表

1 資料格式	2 特約醫事檢驗機構或特約醫事放射機構代號及名稱		3 費用年月	4 申報方式		5 申報類別			6 申報日期	收文日期
6 0 特約醫事檢驗機構或 特約醫事放射機構申 報總表	(代號)	(名稱)	年 月	2 ☐ 媒體	3 ☐ 連線 ☐ 網路	1 ☐ 送核	2 ☐ 補報	3 ☐ 申復	年 月 日	(本局自填)

類 別	件 數	申 請 金 額		負責檢驗師(生)或負責放射人員姓名： 特約醫事檢驗機構或特約醫事放射機構地址： 電話： 印信：
一般檢查(驗)	7.	8.		
空白	9. 空白	10.	空白	
總 計	11.	12.		
本次連線申報起迄日期 (非連線申報者免填)	39. 連線申報起日期 年 月 日	40. 連線申報迄日期 年 月 日		
注 意 事 項	☐ 使用本表免另行辦函。 ☐ 本表請填送一式兩份。 ☐ 媒體申報者,僅需填寫本表及送媒體(磁片或磁帶)。 ☐ 連線申報者,僅需填寫本表。 ☐ 本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。			申復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：_____