

書面格式

行政院衛生署中央健康保險局特約藥局醫療服務點數申報總表

1 資料格式	2 特約藥局代號及名稱		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 藥局申報總表	(代號)	(名稱)	年 月	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"/> 申複	年 月 日	(本局自填)

類 別	件 數	申 請 金 額	
一 般 處 方 調 劑	7.	8.	負責藥師姓名： 特約藥局地址： 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：_____
慢 性 病 連 續 處 方 調 劑	9.	10.	
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	<input type="checkbox"/> 使用本表免另行辦函。 <input type="checkbox"/> 本表請填送一式兩份。 <input type="checkbox"/> 媒體申報者, 僅需填寫本表及送媒體 (磁片或磁帶)。 <input type="checkbox"/> 連線申報者, 僅需填寫本表。 <input type="checkbox"/> 本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。		