行政院衛生署中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	□ 送核 □ 補報	原申報日期	年　月　日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申				復	行政院衛生署中央健康保險局填列			
	醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
小計	人	元				元			
總計	人	元				元			

第一聯　醫療院所存查

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年　月　日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

行政院衛生署中央健康保險局

醫院負責醫師　　印

年　月　日

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單

98.12.更新版
(網底為本次修正部份)

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	☐ 送核 ☐ 補報	原申報日期	年　月　日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申				復	行政院衛生署　中央健康保險局填列			
	醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
小計	人	元				元			
總計	人	元				元			

第二聯　行政院衛生署中央健康保險局存查

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年　月　日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。
行政院衛生署中央健康保險局
醫院負責醫師　　印
年　月　日

核定	複核	初核	審查委員

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單

姓 名		身份證字號		案 件 分 類		流水號	
就 醫 科 別		原申報類別	□ 送核 □ 補報	原 申 報 日 期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷 病 名 稱	申				復	行 政 院 衛 生 署 中 央 健 康 保 險 局 填 列			
	醫令序	內 容	數 量	金 額	理 由	審 核 意 見	補付數量	單 價	補付金額
小計	人	元				元			
總計	人	元				元			

醫 院 代 號		地 址	
醫 院 名 稱		電 話	
填 表 日 期	年 月 日	經 辦 人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

行政院衛生署中央健康保險局

醫院負責醫師 印

年 月 日

第三聯 代付款清單