

衛生福利部中央健康保險署

特約醫療機構實施支付標準規定需報保險人同意之診療項目申請表

醫事機構名稱：_____

醫事機構代號：_____

◆ 申請之診療項目：

編號	診療項目中文名稱

◆ 執行診療項目相關醫事人員(申請 33074B-33078B、33115B、33133B 等 7 項者免填)：

姓名	身分證字號	相關證明文件(註 1)	備註(註 2)
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

註 1：有相關證明文件者，請檢附影本。

註 2：如一次申請多項診療項目，涉及不同執行醫事人員，請敘明。

◆ 請檢附設備相關證明文件影本