

牙醫門診總額接受分科轉診之醫療院所申請書(以院所為單位)

申請日期：_____

一、醫療院所名稱：_____ 醫事機構代號：_____

二、醫療院所所屬等級（依支付標準表處置等級 ABC 區分）

A 醫學中心、區域醫院 B 地區醫院 C 基層診所

三、負責醫師（醫院請填牙科主任）：_____

四、電話：() _____ 傳真：() _____

五、地址： _____

六、申請醫師(欄位不夠可自行增加)

醫師姓名	身分證字號	轉診科別	申請類別 <small>(申請異動者請註明內容及日期)</small>
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____

七、檢附通則三、(一)醫師資格之相關證明。

八、特殊設備（診所填寫，醫院免填）

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____



備註：

1. 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+相關證書至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核備並同時副知院所，於次月 1 日起核備被轉診醫師資格。
2. 健保署依院所別+醫師別核備資格，故同位醫師支援不同院所需分開提出申請。
3. 醫師如有執業執照異動、離職或院所變更醫事機構代號，將影響申報資格，需重新填寫申請書，並註明異動日期及內容，按備註 1 之申請程序提出異動申請。