[**附件3-3**]

**牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業服務計畫**

**「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」**

**月申請表**

* 門診時段
* 口腔衛生推廣
* 巡迴醫療

\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月 預定時段表

合計：共 小時

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
| 上 午  時 間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 下 午  時 間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 晚 上  時 間 |  |  |  |  |  |  |  |

執業地點：\_\_\_\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_\_\_\_\_鄉鎮區

診所名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_牙醫診所 印

醫事機構代號：

執業醫師簽名： 印

日期：中華民國\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。
5. 保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

[**附件3-4**]

**全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫**

**巡迴點統計表**

執業診所名稱：

印

醫事機構代號：

印

執業醫師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 日期：　　　年 　　　月， 共計 診次

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 鄉鎮區 | 級數 | 巡迴點  (村.部落.學校等) | 巡迴點地址 | 預計巡迴日期 | 巡迴時段  \_\_\_時~\_\_\_時 | 巡迴點  負責人 | 負責人  聯絡電話 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*每月應於前月十五日連同月申請表以書面函送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須專案提  報者，應由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。 | | | | | | | |