全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

【附件10】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理日期 |  | 受理編號 | **一式三聯　第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存** |
| 醫事服務機構名稱 |  | 醫事服務機構代號 |  |
| 序號 | 診治醫師 | 身分證字號 | 支付別 | 日期 | 地點 | 服務時數 | 診療人次 | 申請金額 |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本頁小計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 總表 | 項目支付別 | 申請次數 | 服務時數 | 診療人次 | 每時申請金額 | 申請金額總數 |  |  |  |  |
| P30001 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P30003 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 總計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負責醫師姓名：醫事服務機構地址：電話：印信： | 一、編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫。二、支付別：**1.**特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以3小時為限（不含休息、用餐時間）每小時2,400點 (內含護理費，平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者，不得申請該小時費用)。 **2.**特定需求者 P30003：每診次服務以3小時為限（不含休息、用餐時間）每小時2,400點 (內含護理費，平均每小時至少服務1人次，服務時間未達1小時及每小時未服務1人次者，不得申請該小時費用)；每日達5人以上第5人起按6折支付，每日最多8人為限，且每月不超過80人，每位醫師支援每週不超過2日，另每一個案以2個月執行1次為原則。三、診療人次：填寫當次診療之人次。四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。填表日期 年 月 日 |

醫療服務報論次申請表