

全民健康保險醫療費用案件爭議審議申請書

收文日期：

受理案號：

頁次：

| | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|----|----|----|-------|----|----|
| 醫事服務機構名稱及代碼 | | | | | | | | |
| 保險人複核定文件 | 門、住診醫療費用案件 | 年 月 日健保 字第 號函 | | | | 收到日期 | | |
| | 事前審查案件 | 核定日期 年 月 日 受理編號： | | | | 年 月 日 | | |
| 請求事項 | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 事前審查 費用年月： 年 月 | | | | | | | |
| 案件清冊總案數共 案(請先依科別再依流水號依序排列，不敷填寫時，請以下一頁次，續編序號填寫) | 序號 | 流水號 | 姓名 | 科別 | 序號 | 流水號 | 姓名 | 科別 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

茲依全民健康保險爭議事項審議辦法規定填具申請書及案件明細，足以佐證爭議項目之相關資料皆已檢附，敬請惠予審議。如有延長審議必要時，同意 不同意 (未勾選者代表同意)得免另行通知以節省資源。

醫事服務機構印章：

負責醫事人員印章：

醫事服務機構地址：

e-mail：

聯絡電話及聯絡人：

傳真：

申請日期： 年 月 日