

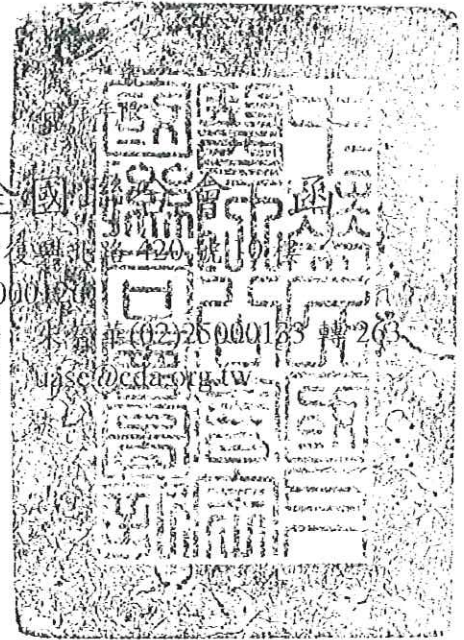
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路426號10樓

傳真：(02)25000123

聯絡人及電話：朱有華 (02)25000123 轉263

電子郵件信箱：uasc@ccda.org.tw



受文者：詳如正、副本收受者

發文日期：中華民國 105 年 7 月 28 日

發文字號：牙全聰字第 3007 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」
牙醫師執業執照異動之函報核定作業簡化，詳如說明段，
敬請轉知轄區所屬會員，請 查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署 105 年 7 月 22 日健保醫字第 1050033548 號函辦理。
- 二、有關旨揭簡化核定作業，自 105 年 7 月 1 日起，本計畫改以醫師核備資格，符合本計畫資格之牙醫師執業執照異動時，毋須再向健保署申請核備作業。若屬初次申請本計畫資格者，則依現行計畫規定辦理。

正本：各縣市公會、牙醫門診醫療服務審查執行會六區審查分會

牙醫全聯會
投對章(265)

理事長 陳義聰

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行

105.8.3	收文
☐ 存查	☒ 轉知
會 辦 人	擬辦
光 8/9	簽名