

牙醫門診醫療服務南區審查分

地址：台南市林森路一段482號之六

傳真：(06)2154681

聯絡人及電話：(06)2152140

電子郵件信箱：a2152140@ms35.hinet.net

受文者：如正本

發文日期：中華民國 106 年 6 月 26 日

發文字號：南牙聯委字第 2824 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關民眾冒用他人健保卡就醫乙事，詳如說明，敬請轉知會員醫師知悉。

說明：

一、為避免民眾冒用他人健保卡就醫之情事發生，請於民眾就醫時加強查核其健保卡，倘健保卡無照片或照片難以辨識身分或疑非健保卡本人時，建議可採下列方式輔助：

1. 請就醫者出示國民身分證或其他足以證明身分之文件。
2. 核對病歷、就醫紀錄與就醫者之診療項目，有無不合之處。
3. 詢問就醫者就醫病史與病歷、就醫紀錄是否符合。

二、如發現民眾冒用他人健保卡就醫，請填寫「特約院所發現疑似冒用健保卡就醫通報表」(詳附件)，以傳真或電子郵件向中央健保署南區業務組通報。

正本：台南市牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會

主任委員 徐邦賢

106.6.27		文
☐ 存查	☒ 轉知	辦
線 A B 員		擬 辦
吳 6/27		簽 名

特約院所發現疑似冒用健保卡就醫通報表

通報院所_____ 院所代號_____

疑似冒用健保卡保險對象基本資料			就醫日期	備註
姓名	ID	出生年月日		

通報人_____ 聯絡電話_____

註

1. 特約院所請於發現疑似冒用健保卡就醫向本署轄區業務組通報。
2. 南區業務組連絡窗口:施先生, 醫務管理科, 電話:06-2245678#4516。

傳真號碼: 06-2244370, 電子郵件:el10422@nhi.gov.tw。(請各分區業務組填寫通報窗口資料)