

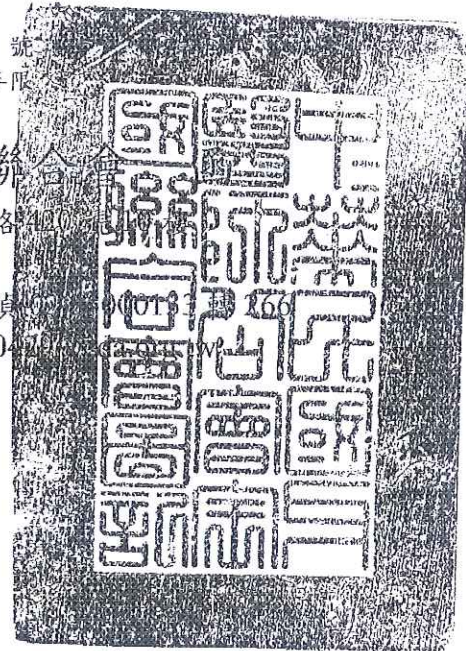
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：許家禎

電子郵件信箱：xenia0421@msn.com



受文者：詳如正、副本收受者

發文日期：中華民國 108 年 5 月 28 日

發文字號：牙全源字第 0094 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：牙醫門診總額接受分科轉診之醫療院所申請書

主旨：有關符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫」通則三（一）第 3 點之醫師分科轉診申請核備，詳如說明段，敬請周知會員，請 查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫，附表 3.3.4 通則三之（一）第 3 項符合轉診醫師資格之產製名單處理方式辦理。
- 二、今年度符合申請資格之醫師名單已建置於本會網站（www.cda.org.tw），路徑：新聞資訊 > 最新消息 > 轉診加成附表 3.3.4 通則三之（一）符合轉診醫師資格名單，請逕行上網查詢。
- 三、承上，符合資格者需檢具「牙醫門診總額接受分科轉診之醫療院所申請書」（附件），郵寄至本會彙整後送所轄保險人分區業務組核定辦理。

正本：22 縣市牙醫師公會

副本：牙醫門診醫療服務六區審查分會

牙醫全聯會
投對章(265)

理事長 王棟源

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

104

臺北市中山區復興北路420號10樓

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合
會

710

台南市永康區中華路196-14號10樓

處理日期

108/05/30

台南市牙醫師公會

君啟

郵件編號： 542972-17-282400138

108.6.4		收文
☐	☒	彙辦
存查	轉知	
PO 網		擬辦
4/21 2019 0605		簽名

牙醫門診總額接受分科轉診之醫療院所申請書(以院所為單位)

申請日期：_____

附件

一、醫療院所名稱：_____ 醫事機構代號：_____

二、醫療院所所屬等級（依支付標準表處置等級 ABC 區分）

☐ A 醫學中心、區域醫院 ☐ B 地區醫院 ☐ C 基層診所

三、負責醫師（醫院請填牙科主任）：_____

四、電話：() _____ 傳真：() _____

五、地址：☐☐☐ _____

六、申請醫師（欄位不夠可自行增加）

醫師姓名	身分證字號	轉診科別	申請類別 (申請異動者請註明內容及日期)
			☐ 新申請 ☐ 異動 _____ / ____ / ____
			☐ 新申請 ☐ 異動 _____ / ____ / ____
			☐ 新申請 ☐ 異動 _____ / ____ / ____
			☐ 新申請 ☐ 異動 _____ / ____ / ____
			☐ 新申請 ☐ 異動 _____ / ____ / ____

七、檢附通則三、(一)醫師資格之相關證明。

八、特殊設備（診所填寫，醫院免填）

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

醫事服務
機構印章

備註：

1. 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+相關證書至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核備並同時副知院所，於次月 1 日起核備被轉診醫師資格。
2. 健保署依院所別+醫師別核備資格，故同位醫師支援不同院所需分開提出申請。
3. 醫師如有執業執照異動、離職或院所變更醫事機構代號，將影響申報資格，需重新填寫申請書，並註明異動日期及內容，按備註 1 之申請程序提出異動申請。