

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路420號10樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：許家禎(02)25000133 轉 266

電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw

受文者：詳如正、副本收受者

發文日期：中華民國 109 年 3 月 17 日

發文字號：牙全源字第 1289 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點分科轉診醫師之申請方式，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
校對章(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
照 務 室 本 執 行 會

收文日期:	109年3月19日	第295號	簽章
批示日期:	109年3月23日		
批示項目	☐ 存查 ☐ 轉知 1. 全體會員 2. 總衛主委 3. 總保主委 4. 環保主委 5. 口衛主委 6. 聯誼主委 7. 總務主委 8. 資訊主委 9. 編譯主委 10. 公關主委 11. 法令主委 12. 特需主委		

花藍禮金 PO 網

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：_____

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：

- 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。
- 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。
- 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。