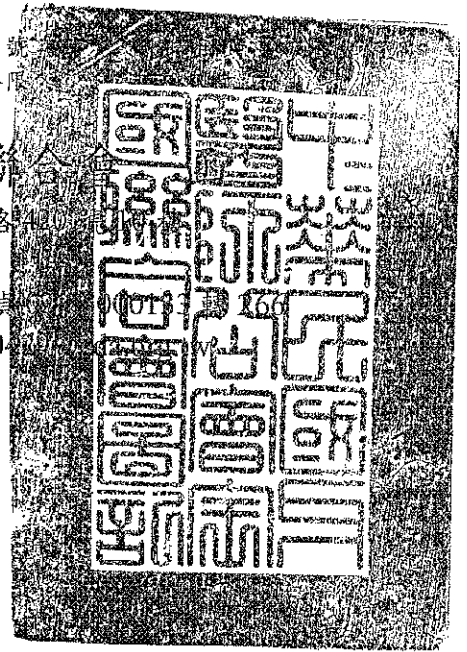


檔  
保存年

# 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

收文日期	108. 6. 04
編號	1442

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：xenia0



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](http://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



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

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)

附件

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)
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 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。