

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

收文日期	109. 3. 19
編 號	2868

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

轉知會員

上網公告

王慶國濱

主委

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](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

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)

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。