檔　　案：
保存年限：

牙醫門診醫療服務中區審查分會

地　址：台中市南區忠明南路 789 號 34 樓之 1
聯絡人&電話：陳明麗　（04）22658901
Email：twmsoffice2016@gmail.com

受文者：中部四縣市牙醫師公會

發文日期：中華民國 115 年 11 月 10 日
發文字號：中牙十五民字第 0169 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

裝

主旨：檢附修訂後「健保門診牙位更正報備表」，詳如附件，敬請貴會轉知所屬會員，請查照。

說明：

一、依據本會第 15-3 次醫管組會議決議辦理。

訂

二、院所於申報後發現**拔牙牙位錯誤、OD 醫令(2 年內)、根管醫令(90 天內)**，可填寫「健保門診牙位更正報備表」向本會報備。

三、本表之所有欄位資料應填寫完整，診所需蓋醫事機構及負責醫師章、醫院需蓋牙科主任章，資料不全者恕不受理報備。

四、本表僅供審查參考及院所備查，健保署資料庫無法更正，若**處置代碼錯誤，請洽健保署中區業務組 04-22658901 承辦人自清**。

線

五、本表即日起適用並自 116.1.1 起僅接受本表，其餘相關填寫注意事項，請參閱本表備註欄之說明。

正本：臺中市牙醫師公會、臺中市大臺中牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、南投縣牙醫師公會

主任委員 吳健民

健保門診牙位更正報備表

附件

(僅接受□拔牙醫令：□OD 醫令(2 年內)：□根管醫令(90 天內)報備項目)　　填表日期：　年　月　日

病患姓名	病患身份證字號	病患出生年月日	處置醫師姓名	就醫年月日	處置代碼	牙位	
						原申報	更正後

健保特約代號：＿＿＿＿＿＿＿＿　院所名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（醫事機構大章）

TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿住址：□□□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

負責醫師章

分會專用欄位，院所請勿填寫

編號：＿＿＿＿＿＿　核備日期：＿＿＿＿＿＿＿＿中區審查分會承辦人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

備註：1.**收到抽審通知或遭行政核刪後，提出報備者申復不予給付；申復需檢附核備後之牙位更正報備表正本及佐證之相關 X 光片。病歷之增刪修正：病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。**

2. 填寫後(**僅需本表，不需病歷、X 光片..**)請寄回→中區審查分會 地址：402 台中市南區忠明南路 789 號 34 樓-1。TEL：04-22658901、E-mail：twmsoffice2016@gmail.com；本表核備後之正本以平信寄回，自行確認是否收到，未收到者於填表日 20 日內向本會申請補發，逾期恕不受理補發。

3. 本表僅供審查參考及院所備查，健保署資料庫無法更正。**若處置代碼錯誤，請洽健保署中區業務組承辦人自清。**

4. 本表即日起適用，自 116.1.1 起僅接受本版，舊版不適用。　　115/10/29 製表