附件一 全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本資料  | 院 所 名 稱 |   | 院 所 代 碼 |   |
| 本計畫負責醫師 姓 名 |   | 身 分 證 字 號 |   |
| 本計畫負責醫師學 經 歷 |   | 聯 絡 電 話 |   |
| E-mail：  |
| 醫 師 姓 名 |  身分證字號 |  中醫師證書字號 | 中醫執業 年 資 |  受訓課程日期 |
|   |   | 台中字第 號  |   |   |
|   |   | 台中字第 號  |   |   |
|   |   | 台中字第 號  |   |   |
|  |  | 台中字第 號 |  |  |
|  |   |   | 台中字第 號 |   |   |
|   |   | 台中字第 號 |   |   |
| 保險醫事服務機構自評項目  | 請V選  | 備註  |
| 院所是否二年內未違反健保相關法規  | □未違反□違反  |   |
| 醫師是否二年內未違反健保相關法規  | □未違反□違反  |   |
| 機 構 章 戳  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| (本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄  | 1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於 月 日內補齊。 4□其他。  審核委員： 審核日期： 年 月 日  |