附表 1

全民健康保險醫療費用案件爭議審議申請書

收文日期：　　受理案號：　　頁次：

醫事服務機構名稱及代碼			
保險人複核核定文件	門、住診醫療費用案件	年　月　日健保　字第　號函	收到日期 年　月　日
	事前審查案件	核定日期　年　月　日 受理編號：	
請求事項	□門診□住院□事前審查	費用年月：　年　月	

案件清冊總案數共＿＿案(請先依科別再依流水號依序排列，不敷填寫時，請以下一頁次，續編序號填寫)	序號	流水號	姓名	科別	序號	流水號	姓名	科別

茲依全民健康保險爭議事項審議辦法規定填具申請書及案件明細，足以佐證爭議項目之相關資料皆已檢附，敬請惠予審議。如有延長審議必要時，□同意 □不同意(未勾選者代表同意)得免另行通知以節省資源。

醫事服務機構印章：　　負責醫事人員印章：

醫事服務機構地址：　　e-mail：

聯絡電話及聯絡人：　　傳真：

申請日期：　　年　　月　　日