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 |