

機構代號		醫事機構名稱		原申報類別	<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	原申報日期	年	月	日	年度		月份		頁數	
------	--	--------	--	-------	--	-------	---	---	---	----	--	----	--	----	--

國民健康署醫事機構戒菸服務補助計畫專業審查申復清單

原申請 流水號	保險對象		申				復 理由	戒菸治療管理中心填列							
	身份證字號	姓名	醫令序	內容	數量	金額		審核意見	補付數量	單價	補付金額				
合 計			人次								補付金額				

- (一) 請醫事機構詳填，自行複印留存，正本寄送戒菸治療管理中心。
- (二) 年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
- (三) 核減費用經戒菸治療管理中心複核後，加填戒菸治療管理中心填列欄，寄回醫事機構，作為補發清單。
- (四) 清單上請加蓋醫事機構印信及負責人私章。
- (五) 對申復結果如有異議，請於通知送達日起20日內，列舉理由或備齊相關文件向國民健康署申請審議。
- (六) 原審查結果係於 年 月 日寄達醫事機構。

上表所列被保險人戒菸服務費用，前經貴署核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此 致
戒菸治療管理中心

醫事機構：

負責醫師/藥師：

醫事機構地址：

年 月 日