

衛生福利部國民健康署「醫事機構戒菸服務補助計畫」  
VPN 資料更正申請及費用補付證明單

醫事機構名稱		醫事機構代號	
申請人		申請日期	年 月 日
聯絡電話	( )	傳真號碼	( )
戒菸個案資料	姓名		身份證字號
	出生日期 年 月 日		
VPN 更正項目	<input type="checkbox"/> 戒菸者基本資料	<input type="checkbox"/> 身份證字號 <input type="checkbox"/> 出生日期	
	<input type="checkbox"/> 戒菸者就醫資料	<input type="checkbox"/> 就診日期 <input type="checkbox"/> 用藥週數 <input type="checkbox"/> 用藥追蹤 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料 <input type="checkbox"/> 補登整筆資料	
	<input type="checkbox"/> 戒菸者衛教資料	<input type="checkbox"/> 衛教日期 <input type="checkbox"/> 衛教追蹤 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料 <input type="checkbox"/> 補登整筆資料	
費用申報錯誤項目	<input type="checkbox"/> 就醫日期 <input type="checkbox"/> 支付代碼 <input type="checkbox"/> 診斷碼 <input type="checkbox"/> 其他_____		
VPN 更正內容 / 費用申報內容	原 VPN 登錄/原費用申報內容		VPN 更正後/應費用申報內容
戒菸治療管理中心核覆(補付用)	<input type="checkbox"/> 已更正，同意補付 <input type="checkbox"/> 已完成補登，同意補付藥費(補付金額=藥費點數-藥品部份負擔) <input type="checkbox"/> 已確認 VPN 確實登錄，同意補付 補充說明_____		

備註：

- 1、請務必填寫個案資料及更正內容，申復案件請將此證明併健保署申復清單向健保署提出申復。
- 2、請將本表傳真至：(02) 2351-0081，或郵寄至：10050 臺北市林森南路 2 號 6 樓之 3「國民健康署戒菸治療管理中心」。
- 3、若有相關問題，請電詢(02) 2351-0120 轉 14 或 17。