

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		身分證字號
	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"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料	
	<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"/> 處方品名/藥量 <input type="checkbox"/> 追蹤日期修改 <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"/> 追蹤日期修改 <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 服務與管 理窗口 核覆 (補付用)	<input type="checkbox"/> 已完成更正/ <input type="checkbox"/> 已完成補登/ <input type="checkbox"/> 已確認 VPN 登錄/ <input type="checkbox"/> 已確認申報資料，同意補付： <input type="checkbox"/> 藥費(補付金額=藥費點數-藥品部份負擔) <input type="checkbox"/> 戒菸治療服務費 <input type="checkbox"/> 藥事服務費 <input type="checkbox"/> 戒菸衛教暨個案管理費 <input type="checkbox"/> 戒菸個案追蹤費 <input type="checkbox"/> 吸菸孕婦轉介費 補充說明_____		醫事機構-簽章

備註：

- 請將本表傳真至：(02) 2351-0081「戒菸治療服務與管理窗口」收，並請務必檢附個案紀錄表、填寫個案資料及更正內容、詳細填寫用藥品項及週數，以利核對。若有相關問題，請電詢(02) 2351-0120。
- 經本署或本署委託專業機構、團體審核後，提供費用補付證明單，供合約醫事機構向健保署提出申復。

案件編號

(承辦單位填寫)