

油症患者健康檢查

112 年 月補助款申領清單 (醫療機構用)

個案姓名	身分證字號	出生日期	健檢 完成日期	檢查項目 (請勾選)	申請金額 (新臺幣：元)
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 第 1~第 9 項 其他_____	
合 計	油症患者健康檢查__案		總金額_____元		

- ※ 本健檢補助項目為不分年齡均可作 A+B 表(檢查項目 1-9 項), 並自 107 年起無需檢核是否符合成人預防保健服務及 FOBT 篩檢資格。
- ※ 如有特殊情況無法進行完整健康檢查, 得於其他項下備註, 並依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」核扣相關費用。
- ※ 請於每季之(3月、6月、9月、12月)10日前函送前 3 個月健檢費用, 掛號寄至列管該油症患者之衛生局申報費用;未依規定期限或申報之資料不完整、不正確, 經通知限期補正, 逾期未補正, 致無健檢結果者不予支付。