

特約醫療機構實施全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準適用類別以外項目審查表(基層院所版)

醫療機構名稱：○○○○○○○○		醫療機構代號：○○○○○		醫療機構申請日期：○年○月○日	
申請項目 (共__項)	西醫基層醫療服務審查執行會 ○○分會			衛生福利部中央健康保險署 ○○業務組	
	第一位基層審查醫藥專家簽章：	第二位基層審查醫藥專家簽章：	審查組組長 主任委員 簽章：	簽章：	
	第一位基層審查醫藥專家意見	第二位基層審查醫藥專家意見	※ 審查組組長 共管會議決議 意見	業務組相關單位綜合意見	
第○項 編號： 名稱：	1、申請院所之專業條件符合執行該申請項目醫師資格與儀器設備需求。 2、申請院所執行該申請項目可提供後續完整醫療服務。 3、申請院所有執行該申請項目之急迫性及需要性，且所在地區未有基層院所或醫院執行該申請項目。	1、申請院所之專業條件符合執行該申請項目醫師資格與儀器設備需求。 2、申請院所執行該申請項目可提供後續完整醫療服務。 3、申請院所有執行該申請項目之急迫性及需要性，且所在地區未有基層院所或醫院執行該申請項目。	1、申請院所之專業條件符合執行該申請項目醫師資格與儀器設備需求。 2、申請院所執行該申請項目可提供後續完整醫療服務。 3、申請院所有執行該申請項目之急迫性及需要性，且所在地區未有基層院所或醫院執行該申請項目。	1、申請院所之專業條件符合執行該申請項目醫師資格與儀器設備需求。 2、申請院所執行該申請項目可提供後續完整醫療服務。 3、申請院所有執行該申請項目之急迫性及需要性，且所在地區未有基層院所或醫院執行該申請項目。	1、申請院所之專業條件符合執行該申請項目醫師資格與儀器設備需求。 2、申請院所執行該申請項目可提供後續完整醫療服務。 3、申請院所有執行該申請項目之急迫性及需要性，且所在地區未有基層院所或醫院執行該申請項目。
	<input type="checkbox"/> 同意，申請院所符合以上 3 項條件。 <input type="checkbox"/> 不同意，申請院所不符合以上第_____項條件。	<input type="checkbox"/> 同意，申請院所符合以上 3 項條件。 <input type="checkbox"/> 不同意，申請院所不符合以上第_____項條件。	<input type="checkbox"/> 同意，申請院所符合以上 3 項條件。 <input type="checkbox"/> 不同意，申請院所不符合以上第_____項條件。	<input type="checkbox"/> 同意，申請院所符合以上 3 項條件。 <input type="checkbox"/> 不同意，申請院所不符合以上第_____項條件。	<input type="checkbox"/> 同意，申請院所符合以上 3 項條件。 <input type="checkbox"/> 不同意，申請院所不符合以上第_____項條件。

※依 104 年 8 月 20 日中央健保署西醫基層總額研商議事會議決議辦理，兩位審查醫藥專家審查結果不一致時，提該分區審查組組長或共管會議討論。
※有效期自通過日起 3 年內有效。