

無「實際就醫識別碼」之補卡上傳-報備單

醫事機構代號及名稱：_____

報備日期：_____年_____月_____日 聯絡人：_____電話：_____

實際就醫日期時間	身分證號	生日	姓名	民眾連絡電話	原因說明
					<input type="checkbox"/> 1. 急診路倒 <input type="checkbox"/> 2. 系統操作錯誤 <input type="checkbox"/> 3. 其他：
					<input type="checkbox"/> 1. 急診路倒 <input type="checkbox"/> 2. 系統操作錯誤 <input type="checkbox"/> 3. 其他：
					<input type="checkbox"/> 1. 急診路倒 <input type="checkbox"/> 2. 系統操作錯誤 <input type="checkbox"/> 3. 其他：
					<input type="checkbox"/> 1. 急診路倒 <input type="checkbox"/> 2. 系統操作錯誤 <input type="checkbox"/> 3. 其他：
					<input type="checkbox"/> 1. 急診路倒 <input type="checkbox"/> 2. 系統操作錯誤 <input type="checkbox"/> 3. 其他：
					<input type="checkbox"/> 1. 急診路倒 <input type="checkbox"/> 2. 系統操作錯誤 <input type="checkbox"/> 3. 其他：
印信(大章)				印信(小章)	

健保卡「補卡」資料上傳「實際就醫識別碼」核定表(以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位)

同意登錄報備，核定日期：_____年_____月_____日

不同意，理由：_____

註：補卡註記(M12)為「4-無實際就醫識別碼之補卡」時，需填報備查。

請將本報備單送至本署臺北業務組。

(地址：台北市中正區許昌街17號8樓醫務管理科收，電話：02-2348-6755)