附錄十二

衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專業審核申復申請單

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫事機構代碼 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 醫事機構名稱 |  | 機構聯絡人 |  | 聯絡電話 |  | 年度 |  | 月份 |  | 頁數 |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原申請 | | 服務個案 | | 申 |  | | | | 復 | 審查結果 | | | |
| 就醫日期 | 流水號 | 身份證字號 | 姓 名 | 醫令序 | 申報費用項目或藥名 | 核扣數量 | 核扣金額 | 理 | 由 | 審 核  意 見 | 補 付數 量 | 補 付  金 額 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| **合計申復：** | | | **件、金額：** | | **元**(本表不敷使用時請自行增列) | | | |  | **合計補付：** | **件** | **元** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 請醫事機構詳填，自行複印留存，正本寄送衛生福利部國民健康署菸害防制組（103205 臺北市大同區塔城街36號） 2. 年度及月份請按服務個案年度及月份填列。 3. 原審查結果係於 年 月 寄達醫事機構。 |  | 上表所列服務個案戒菸服務費用，前經貴署核減在案，檢附申復申請單一份。  此 致  衛生福利部國民健康署  **機構簽章：**  申請日期 年 月 日 **(請蓋機構大章及負責人私章)** |

112/01/01/12 28