

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身分證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請院所基本資料】					
一、「執業登記」院所： 1. 院所名稱（全銜）： 2. 醫事機構代號： 3. 院所申請類別： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 進階 4. 負責醫師姓名： 身分證字號： 5. 院所電話： 6. 院所地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7. 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： (1) <input type="checkbox"/> 有專用椅子 <input type="checkbox"/> 無專用椅子 (2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____					
二、「支援服務」院所： 1. 院所名稱（全銜）： 2. 醫事機構代號： 3. 院所申請類別： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 進階 4. 負責醫師姓名： 身分證字號： 5. 院所電話： 6. 院所地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7. 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量： (1) <input type="checkbox"/> 有專用椅子 <input type="checkbox"/> 無專用椅子 (2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：					

**備註：寄送地址：104-76 台北市復興北路420號10樓 牙醫全聯會收

- (1)「**初級院所**」應檢附申請書格式如【**附件 3**】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。
- (2)「**進階院所**」須事前檢附申請書格式如【**附件 3**】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。