

牙醫門診總額支付制度保險醫療費用明細及收據

○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○
 性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○
 診別：○○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	xx	掛號費	xx
藥費	xx	部分負擔	
藥事服務費	xx	基本部分負擔	xx
注射費	xx	藥品部分負擔	xx
檢驗費	xx	復健部分負擔	xx
檢查費	xx	檢驗檢查	xx
處置手術費	xx	藥品	xx
材料費	xx	衛材	xx
		其他	xx
小計：健保申報 xxxx點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 xxx元 其他自費金額 xxx元	
應繳金額：xxx元		收款人：○○○（收費章及日期）	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話(條戳或圖記)

第○聯

收據編號：○○○○○