

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		

<p>(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）</p> <p>(2) 年度及月份請按服務個案年度及月份填列。</p> <p>(3) 原審查結果係於      年      月      寄達醫事機構。</p>	<p>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。</p> <p>此 致</p> <p>衛生福利部國民健康署</p> <p>機構簽章：</p>   <p>申請日期      年      月      日                      (請蓋機構大章及負責人私章)</p>
---	---