

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)