

電腦邏輯審查結果-申復申請單

醫事機構名稱											
申請人	年 月 日										
聯絡電話	()					()					
欲申復個案請於下方填寫個案流水號及勾選審查核扣結果											
審查結果 個案流水號	審查 1	審查 3	審查 4	審查 5	審查 6	審查 7	審查 8	審查 9	審查 10	審查 11	審查 12
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
個案流水號											
合計申復個案：_____件、金額：_____（本表不敷使用時請自行增列）											
申復原因											
<u>申復案件確認無誤後用印</u> 醫事機構簽章： 機構負責人簽章：											

戒菸治療與管理窗口 填列	
審核意見	補付金額

備註：

煩請填寫申復原因、檢附申復資料，5月31日前以郵戳為憑，郵寄至11211台北市北投區立農街2段155號3樓致和樓306室(戒菸治療與管理窗口收)。