附表一

# 醫療費用核定申請書

醫療機構名稱：
機構代碼：
地址：　　電話:
申請日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>醫療項目</td><td colspan="3"></td><td>擬收金額</td><td></td></tr>
<tr><td>用途說明</td><td colspan="5">一、醫療項目說明：<br><br>二、適用目的與對象：<br><br>三、預估年服務量：<br><br>四、有無健保相近項目：<br>健保計價代碼：<br>項目名稱：<br>給付點數：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">成本概算（詳如成本分析表）</td><td>人事成本</td><td>物料成本</td><td>設備成本</td><td>其他成本</td><td>合計</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">訪價</td><td colspan="3">醫療機構名稱</td><td colspan="2">收費金額</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">醫療機構及負責醫師簽章</td></tr>
</table>