**無「實際就醫識別碼」之補卡上傳-報備單**

醫事機構代號及名稱：

報備日期： 年 月 日 聯絡人： 電話：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 實際就醫日期時間 | 身分證號 | 生日 | 姓名 | 民眾連絡電話 | 原因說明 |
|  |  |  |  |  | □1.急診路倒  □2.系統操作錯誤  □3.其他： |
|  |  |  |  |  | □1.急診路倒  □2.系統操作錯誤  □3.其他： |
|  |  |  |  |  | □1.急診路倒  □2.系統操作錯誤  □3.其他： |
|  |  |  |  |  | □1.急診路倒  □2.系統操作錯誤  □3.其他： |
|  |  |  |  |  | □1.急診路倒  □2.系統操作錯誤  □3.其他： |
|  |  |  |  |  | □1.急診路倒  □2.系統操作錯誤  □3.其他： |
| 印信(大章) | | | | 印信(小章) | |

健保卡「補卡」資料上傳「實際就醫識別碼」核定表(以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位)

□同意登錄報備，核定日期： 年 月 日

□不同意，理由：

註：補卡註記(M12)為「4-無實際就醫識別碼之補卡」時，需填報備單。