

醫事服務機構申請逾期補申報 COVID-19 確診個案居家照護醫療照護費用
切結書

本機構_____年_____月之「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」案件（明細如附件），因_____之故，

致未於就醫日期次月 1 日起 2 個月內完成申報，申請辦理逾期補申報。

本次補申報案件僅「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」，前揭案件本機構均確實依照「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」之執行內容與頻率等規定提供服務，且無浮報或以不實之證明或陳述而申報醫療費用等情事，倘經衛生福利部中央健康保險署或疾病管制署發現有不實或異常申報者，願依主管機關相關規定處理及追扣費用。

此致

衛生福利部疾病管制署

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代碼：

負責醫師/藥師簽章：

身分證字號：

電話：

地址：

(蓋機構章戳)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日