

金門縣醫療機構自費項目（新增、調整）審核表

醫療機構名稱：_____ 申請案件日期：_____年____月____日

收費項目名稱				收費金額	
用途說明	(就目的、適應症、療效分析及安全性說明)				
有無健保相近項目	<input type="checkbox"/> 有	健保計價代碼	項目名稱	給付點數	
	<input type="checkbox"/> 無				
其他醫療機構之市場行情收費參考 (檢附參照依據) ※	機構名稱	收費項目(中英文)	金額	備註說明	
成本分析說明	固定成本(含所需儀器設備、藥品、物料、耗材等)				
	管理費用(含人事成本、翻譯人員費用等)				
	其他成本				
	預估每月(年)使用人次/預估每次平均單價				
	擬收費金額(元)				

※備註:1. 「新增」項目係指非屬健保給付項目。

2. 其他醫療機構之市場行情收費參考:請以同層級(分為地區醫院及診所)為主,並至少有2家醫療院所的參照依據。