

全民健康保險醫事服務機構提供醫療服務審查送審資料聲明

聲 明 書

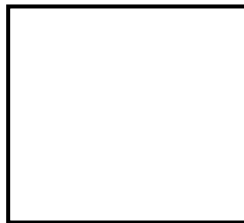
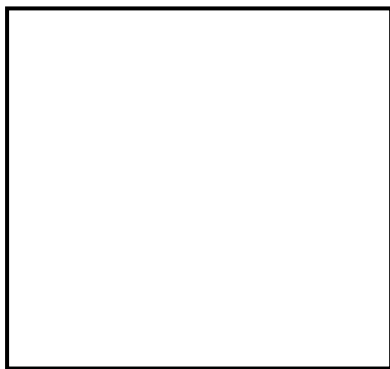
檢送本醫事服務機構醫療服務審查所需之病歷、診療相關證明文件之複製本，皆與正本相符，特此聲明。

費用年月：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月    送核    補報    立意抽審

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

請加蓋（醫事機構章、負責醫師章）



中 華 民 國                      年                      月                      日