

桃園市牙醫師公會

113 年醫療責任險會員補助辦法

110.10.21 第 24-3 次財務會議通過

110.10.26 第 24-4 次理事會議通過

111.9.13 第 24-5 次臨時理事會通過

1. 本次醫療責任險補助對象為桃園市牙醫師公會（以下簡稱本會）會員。
2. 適用對象：全體會員。
3. 預算經費：新台幣六十萬元，專款專用限額 600 位。
4. 受理流程：
 - ① 表單取得：符合補助之會員，得上公會網站自行下載「醫師業務責任保險補助金申請表」，須附期效內醫責險合約書或收據影本，請勿使用已申請過之保單重覆申請，填寫申請表向公會申請補助。
5. 補助費用：經本會第 24-5 次臨時理事會通過審核通過後，每位會員醫師補助壹仟元，本辦法施行期間限申請補助一次。
6. 補助辦法：
 - (1) 應檢附資料：
 - ① 會員填具「醫師業務責任保險補助金申請表」。
 - ② 由會員醫師自行選擇是否投保以及投保公司及其方案。
 - ③ 會員醫師（被保險人）申請此補助須附期效內醫責險合約書或收據影本，填寫申請表向公會申請補助。每位會員醫師補助壹仟元，本辦法施行期間限申請補助一次。
 - (2) 實施期限：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止。
 - (3) 補助費撥款方式：核准後之健檢補助費，由出納直接撥入申請會員提供之帳戶或至本會領取。
7. 本辦法經 24-4 理事會及 24-5 臨時理事會通過後實施，修正時亦同。

桃園市牙醫師公會

醫師業務責任保險-補助金申請表

姓名(被保險人)		診所名稱	
身分證字號		出生年月日	
行動電話			
保險單號碼		產物保險公司	
保險期間			
牙醫師執照號碼			
申請原因	本人於 113 年間有完成投保： <input type="checkbox"/> 醫師業務責任保險	(申請人私章)	
支付方式 (匯款或領現擇一)	<input type="checkbox"/> 限申請者本人之銀行帳戶 銀行名稱：_____分行代碼：_____ 帳號：_____戶名：_____ <input type="checkbox"/> 現金 1,000 元		
檢附 證明文件	<input type="checkbox"/> 身分證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 醫師業務責任保險單影本，並請提供正本以資查核。 (備註：每位會員每年且每張保單僅限申請乙次。)		

● 以下表格為公會稽核處理，申請人請勿填寫。

收件日期		收件案號	
表格填寫	<input type="checkbox"/> 正確完整	<input type="checkbox"/> 待更正，於____月____日完成勘誤後送審。	
檢附資料	<input type="checkbox"/> 身分證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 醫師業務責任保險單 影本缺件：_____，於____月____日完成勘誤後送審。		
符合資格	完成投保醫師業務責任保險者	核發金額	NT\$ 1,000 元
收件人		(結案)	
審查委員		匯款日期	年 月 日

申請人_____醫師補助金額:現金 1,000 元，領取人簽名:_____

中華民國 113 年 月 日