

財政部臺北國稅局

年度醫師執行業務狀況訪(函)查紀錄表

編號：

電話：

名稱	醫院診所	扣繳單位 統一編號								執業 地址	區	路(街)	段
執業者 姓名：		國民身分證 統一編號								組織 型態	<input type="checkbox"/> 獨資 <input type="checkbox"/> 合夥(合夥人數：共 人)		
有無加入健保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※健保診掛號費(不含部分負擔) 每人每次 元 (本欄請記得填寫)				自行部分負擔 每人每次 元		全年執業天數 天						

※以下欄位皆為自費收入，不包含健保收入、部分負擔收入及掛號費收入

自費收入(淡旺季平均)	其他醫療項目			全年小計	其他醫療項目			每月人次	平均收費	全年小計						
	項目	每月應診人次	平均收費		項目	每月人次	平均收費									
牙科收入	補(拔)牙	顆	每顆 元	美容整形收入	美容	人	每人	每月人次	平均收費	全年小計						
	鑲牙	瓷牙	每顆 元		含脈衝光、玻尿酸、肉毒桿菌、微晶瓷、超音波導入、果酸換膚、美白針、雷射、毛髮移植及其他	整形	人				每人					
		金屬牙	每顆 元													
		植牙	顆									每顆 元				
	牙周治療	顆	每顆 元									其他醫療收入	手術收入	人	每人	
	齒列矯正	人	每人 元										疫苗注射	人	每人	
	活動假牙	組	每組 元										檢驗收入	人	每人	
	美白	顆	每顆 元										推拿	人	每人	
	眼科	視力矯正	人										每人 元	針灸、埋線	人	每人
		驗光	人										每人 元	自費門診	人	每人
白內障手術		人	每人 元					人	每人							
婦產科收入	接生	(自)人	每人 元		人	每人										
		(剖)人	每人 元		人	每人										
	人工流產	人	每人 元		人	每人										
	不孕症治療	人	每人 元		人	每人										
住院收入	胎兒染色體檢查	人	每人 元		人	每人										
	病房差價	平均每月	元		人	每人										
	伙食費	平均每月	元		人	每人										
	其他	平均每月	元		人	每人										

*上開全年自費收入(不含健保收入、部分負擔及掛號費收入)合計(本欄請記得填寫)： 元

執業醫師 簽名蓋章 年 月 日 本人負責經營，承擔盈虧，上列填載資料內容確實無誤，供稽徵機關課稅運用。

調查意見	函查	上年度同期業務收入 元。 <input type="checkbox"/> 擬免訪查 <input type="checkbox"/> 擬列入訪查
	訪查	理由： 本案於 年 月 日(週) <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 夜間實地訪查

調查員

股長

複核

科長

財政部臺北國稅局 年度醫師執行業務狀況訪(函)查紀錄表(附表)

編號：

電話：

名稱：		醫院 診所		扣繳單位 統一編號								執業者姓名			
業別	西醫	<input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小兒科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 牙科 <input type="checkbox"/> 精神病科 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科 <input type="checkbox"/> 其他_____										健保署 給付		估計每月收入 (屆時依健保署資料核定) 萬元	
	中醫及其他	<input type="checkbox"/> 中醫 <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 病理檢驗 <input type="checkbox"/> 其他_____													
雇用人數及薪資給付扣繳情形	僱用人員類別	受雇醫師 (非負責、合夥)		護士		其他		合夥執業醫師(含負責人共 人)							
	人數	人		人		人		姓名		國民身分證統一編號					
	薪資金額	每月合計		每月合計		每月合計									
	有無扣繳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	組織型態	<input type="checkbox"/> 獨資 <input type="checkbox"/> 合夥													
牙醫師合作之牙技所	名稱		統一編號		給付金額										
執業場所資料	坐落地址				坪數		所有權人姓名		國民身分證統一編號						
	是否承租		承租期間		每月租金				元						
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		房屋稅籍號碼		押金金額				元						
設備狀況	名稱	診療室	掛號室	配藥室	手術室	X 光	病房室	病床數	診療椅	儀器設備	救護車	其他	帳載情形	執行業務所得申報方式	
	數量													<input type="checkbox"/> 同意依財政部頒標準核定 <input type="checkbox"/> 通知查帳核定 ※ 處方箋是否釋出 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
診療時間			週一至週五				星期六		例假日及星期日						
	上午		時至 時		時至 時		時至 時		時至 時						
	下午		時至 時		時至 時		時至 時		時至 時						
	夜間		時至 時		時至 時		時至 時		時至 時						
前五大醫藥材料進貨商資料	名稱		統一編號		金額		執業醫師簽章：								
												年 月 日			
(本人負責經營, 承擔盈虧, 上列填載資料內容確實無誤, 供稽徵機關課稅運用。)															