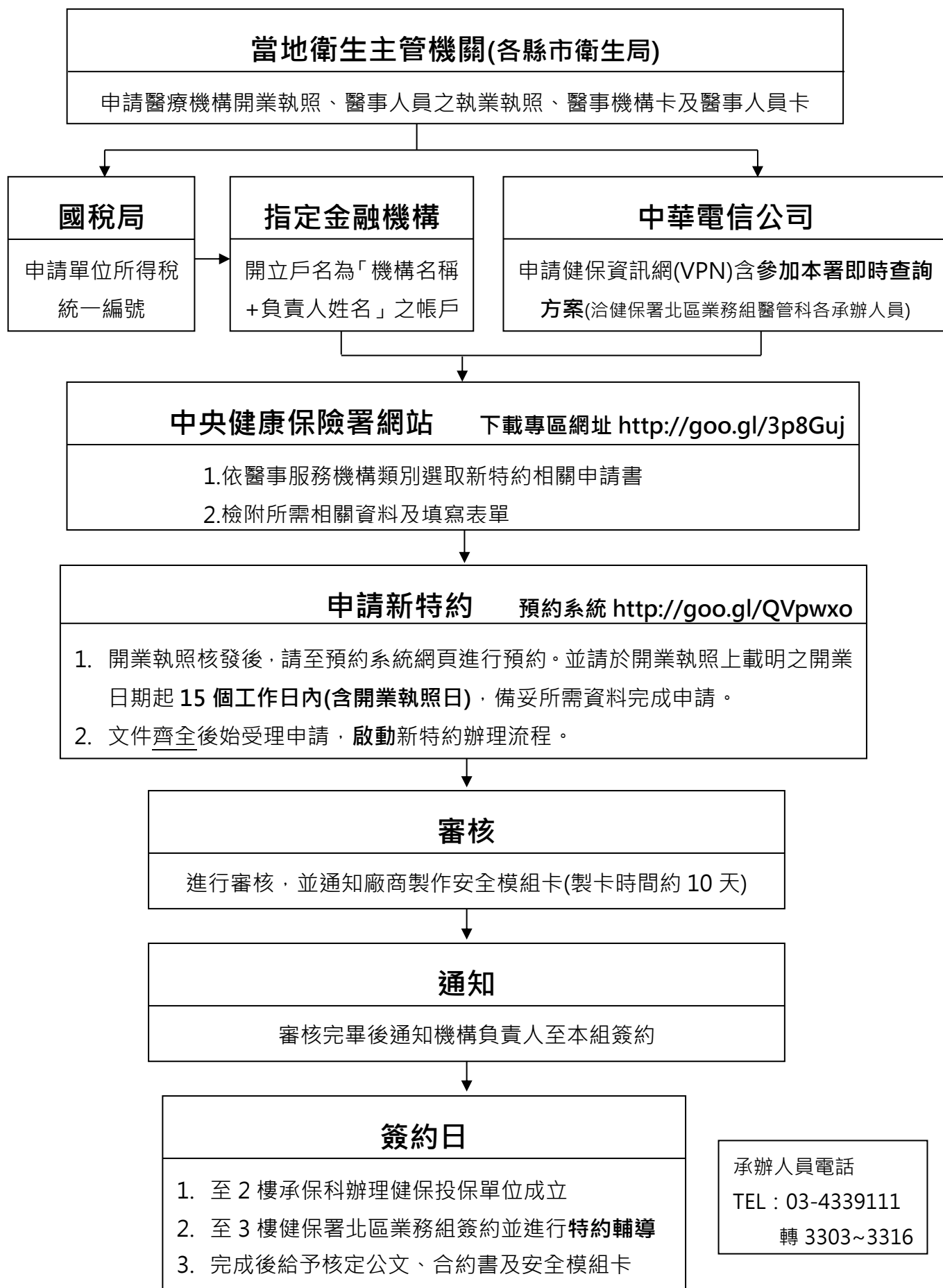


醫事服務機構申請特約流程表



特約申請書

機構名稱		機構代號	
負責人姓名		機構電話	
手機號碼		傳真號碼	
電子郵件		<input type="checkbox"/> 已辦理轉帳 <input type="checkbox"/> 已申請醫事機構卡	

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 3 條附表所列之申請特約所需資料
同意由健保署北區業務組逕由衛生主管機關醫事管理系統查詢。

負責人身分證正面影本	負責人身分證反面影本

申請業務	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住診
	<input type="checkbox"/> 血液/腹膜透析
	<input type="checkbox"/> 分娩
	<input type="checkbox"/> 復健業務： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 聽語治療
	<input type="checkbox"/> 預防保健業務 <input type="checkbox"/> 兒童預防保健 <input type="checkbox"/> 成人預防保健 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜檢查 <input type="checkbox"/> 子宮頸抹片 <input type="checkbox"/> 孕婦產檢 <input type="checkbox"/> 乳房攝影 <input type="checkbox"/> 定量免疫法糞便潛血 <input type="checkbox"/> 兒童牙齒預防保健
	<input type="checkbox"/> 其他_____

申請新特約切結

本人已詳閱健保署北區業務組新特約資料，對於貴組之新特約資料內容、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定內容，均完全了解自身權利與義務並同意本組逕由醫事管理系統查詢相關資料。

閱讀日期：

費用劃撥及印鑑表

機構名稱：

機構代號：

所得單位扣繳統一編號：

用印日期：

醫事服務機構印鑑章(大印)	負責醫事人員印鑑章(小印)

指定金融機構名稱				
004 台灣銀行	005 土地銀行	006 合作金庫	007 第一銀行	008 華南銀行
009 彰化銀行	012 台北富邦	016 高雄銀行	017 兆豐銀行	050 台灣企銀
700 郵局	808 玉山銀行	815 日盛銀行	816 安泰銀行	822 中國信託

請黏貼存摺或劃撥、匯款證明影本(上面字體須於掃描後仍可清晰辨識)

安全模組卡申請表(特約專用表)

機構名稱：

機構代號：

讀卡機取得方式

新購買_____台 (請於下方黏貼購買證明正本或發票影本)

受讓其他機構轉讓讀卡機_____台，安全模組卡_____片。

(此項須繳交舊卡換新卡，請將舊卡黏貼於上方空白處)

轉讓機構資料填寫

機構名稱：

機構代號：

負責人：

備註：

1. 若遺失或毀損請檢附劃撥單據影本
(帳戶：衛生福利部中央健康保險署 18089434 費用 500 元)。
2. 請郵寄桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號 3 樓醫務管理科
3. 承辦人電話：03-4339111#3323；傳真：03-4381821
4. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組裝妥，鎖緊機殼才可通電
(2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組
(3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成卡片鎖卡(回傳代碼 6005)