

請領（補發） 109 年度 執行業務所得扣繳憑單
醫療費用分列項目表

申請書

基本資料	機構名稱		簽約印鑑(大小章):
	機構代號		
	統一編號		
	負責醫(藥)師姓名		
	身分證號碼		
	聯絡電話		
	手機號碼		
	合約現況	<input type="checkbox"/> 合約中 <input type="checkbox"/> 已解約	
領取方式	<input type="checkbox"/> 自 VPN 系統下載		
	<input type="checkbox"/> 負責人臨櫃領取 (請攜帶身分證明文件正本以供查驗)		
領取方式	<input type="checkbox"/> 郵寄： <input type="checkbox"/> 寄至執業地址 (由健保署逕自擷取特約院所檔)		
	<input type="checkbox"/> 其他地址 (僅歇業院所得以選擇，且須檢附負責人身分證影本): _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
領取方式	<input type="checkbox"/> 他人臨櫃領取 (請填寫下列委託書、並攜帶當事人及代理人之身分證明文件正本以供查驗)		
	本人茲因 _____ (事由) 之需要，同意由代理人 _____ (與本人關係： _____) 向全民健康保險保險人申請提供 109 年度 <input type="checkbox"/> 執行業務所得扣繳憑單及 <input type="checkbox"/> 醫療費用分列項目表。 授權人姓名 _____ (簽章)		

備註:1. 申請書填妥後請以郵寄、傳真或親至本業務組辦理。

2. 西醫醫院：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 8 樓 FAX:23706584

3. 中、牙醫院所：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 6 樓 FAX:23895694

4. 西醫基層院所、其他交付機構：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 3 樓

FAX:23822653

申請日期： 年 月 日