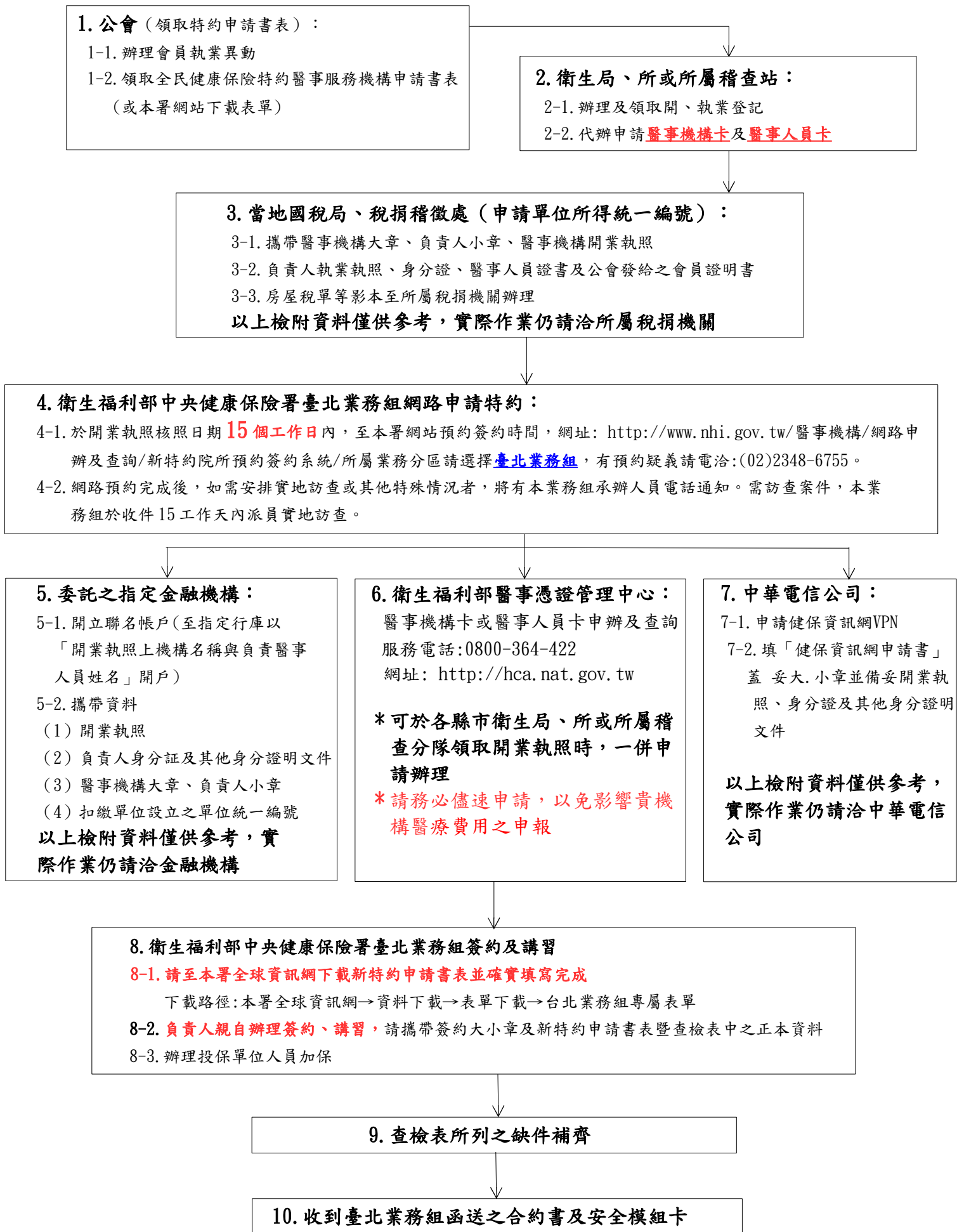




**醫事服務機構申請為
全民健康保險特約診所基本資料**

**衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
中華民國 108 年 1 月**



醫事服務機構申請為全民健康保險特約診所填表須知 106.4 製

壹：申請書部分

- 一、勾選辦理業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、診所名稱及印章應與當地衛生主管機關核准登記之名稱完全相同。
- 三、診所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部份

- 一、診所代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄內請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、診所設備欄請依衛生主管機關登記設置之設備填寫。
- 五、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術(士)、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師十七類人員、本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附醫師及藥師執業執照正反面影本。
- 六、專科醫師資格欄不限填一科(有填寫者，請檢附該專科證書影本)。
- 七、醫事服務機構性質勾選**合夥者**，應檢附經**法院或民間之公證人公證之合夥文件影本**(應註明與正本相符)；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及法院登記之證明文件影本(應註明與正本相符)。
- 八、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請填入。
- 九、診所申辦分娩業務及洗腎業務者，應另行填列全民健康保險特約診所病床床號資料表。

參：其他

- 一、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 二、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地址	電話
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組(壽德大樓辦公室)	臺北市許昌街十七號八樓	(02)2348-6755
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	中壢市中山東路三段五二五號	(03)433-9111
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	臺中市市政北一路六十六號	(04)2258-3988
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	臺南市公園路九十六號	(06)224-5678
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	高雄市九如二路一五七號	(07)323-3123
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	花蓮市軒轅路三十六號	(03)833-2111

我已備妥下列 中之資料：

- 1. 全民健康保險特約醫事服務機構申請書(詳 4 頁)
- 2. 全民健康保險特約醫事服務機構基本資料表(詳 5 頁)
- 3. 醫事機構大章、負責人小章
- 4. 醫事機構開業執照影本(詳 6 頁)
- 5. 負責醫師之醫師證書、專科證書及執業執照、身分證等影本；執業醫師執業執照、身分證及專科證書等影本(詳 7-11 頁)
- 6. 所聘藥事人員之執業執照及身分證明(詳 12 頁)及調劑室相關照片(18-21 頁)
- 7. 醫事服務機構及負責人名義開立之金融機構帳戶；屬法人之特約醫事服務機構，則以醫事服務機構名稱開立戶名；屬公立醫事服務機構，則以機構名稱或國庫機關專戶名稱開立戶名(請填寫 13 頁費用劃撥轉帳資料卡及提供存摺封面影本黏貼於 14 頁)
- 8. 扣繳單位設立(變更)登記申請書(詳 15 頁)
- 9. 病床床號表(詳 16 頁，如無免填)
- 10. E-mail address 電子郵件地址(詳 22 頁)
- 11. 健保卡安全模組申請表(詳 23 頁)，若申請雲端安全模組卡，請於簽約後 2 日自行持醫事機構卡登入 VPN 申請；若申請實體安全模組卡，請檢附讀卡機之購置證明(購買證明正本或發票影本)或讓渡證明(詳 24 頁)
- 12. 醫事機構看診時段及自費項目價目表(詳 25-26 頁)
- 13. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳 27-28 頁)
- 14. 即時查詢病患就醫資訊方案及醫療費用電子化作業同意申請表(詳 29-31 頁)
- 15. 基本資料表中之**醫事服務機構性質勾選合夥者**，應檢附經法院或民間之公證人公證之合夥文件影本 (應註明與正本相符)

※為維護貴醫事服務機構權益，務請於開業執照核發日期 15 個工作日內申請特約，且機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師(藥劑生)、物理治療師(生)、職能治療師(生)、醫事檢驗師(生)、醫事放射師(士)，於其申請特約日前五年內，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，特約生效日方得追溯至開業執照核發日。

※婦產科診所申請辦理分娩業務、施行產科或婦科手術項目及診所負責醫師或診所開業地址曾有本保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38-40 條處分情事暨經初步審核有實地訪查必要者，本組將於收件 15 工作天內將派員實地訪查，再另行通知簽約事宜。

※若需事後補件者，請務必於簽約日起三日內補齊。

※如對特約申請仍有疑義，請洽臺北業務組醫務管理科特約窗口

TEL：02-23486755 FAX：02-23312144

※台北市、新北市、基隆、宜蘭地區簽約地點：台北市中正區許昌街 17 號 8 樓醫務管理科

(衛生福利部中央健康保險署臺北業務組留存)

簽約日期：

承辦人：

新特約補件存根

(醫事機構留存)

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

待補資料：

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 醫事服務機構申請書 | <input type="checkbox"/> 2. 醫事機構基本資料 | <input type="checkbox"/> 3. 開業執照影本 |
| <input type="checkbox"/> 4. 應診時間表 | <input type="checkbox"/> 5. 身分證影本 | <input type="checkbox"/> 6. 執業執照影本 |
| <input type="checkbox"/> 7. 統一編號編配通知書影本 | <input type="checkbox"/> 8. 存摺封面影本 | <input type="checkbox"/> 9. 投保單位成立證明影本 |
| <input type="checkbox"/> 10. 費用劃撥轉帳資料卡 | <input type="checkbox"/> 11. E-MAIL | <input type="checkbox"/> 12. 法院公證之合夥文件影本 |
| <input type="checkbox"/> 13. 委託轉帳代繳健保費約定書 | <input type="checkbox"/> 14. 病床床號表 | <input type="checkbox"/> 15. 讀卡機購買證明或讓渡書 |

簽約日期：

全民健康保險特約診所申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約診所基本資料表」乙份及與正本相符之負責醫師證書、開業執照、執業執照、身分證正反面影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約診所。

申請辦理業務：

申請類別

型態別

(請確實勾選)

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 門診診療 | 4. <input type="checkbox"/> 基層醫療單位 | 07. <input type="checkbox"/> 專科診所 |
| 2. <input type="checkbox"/> 成人預防保健「健康加值」方案 | | 08. <input type="checkbox"/> 一般診所 |
| 3. <input type="checkbox"/> 兒童預防保健 | | 09. <input type="checkbox"/> 特殊科診所 |
| 4. <input type="checkbox"/> 兒童牙齒預防保健 | | 12. <input type="checkbox"/> 牙醫專科診所 |
| 5. <input type="checkbox"/> 婦女子宮頸抹片檢查 | | 13. <input type="checkbox"/> 牙醫一般診所 |
| 6. <input type="checkbox"/> 孕婦產前檢查 | | 23. <input type="checkbox"/> 中醫專科診所 |
| 7. <input type="checkbox"/> 分娩 | | 24. <input type="checkbox"/> 中醫一般診所 |
| 8. <input type="checkbox"/> 復健業務 | | |
| 9. <input type="checkbox"/> 血液透析業務 | | |
| 10. <input type="checkbox"/> 婦女乳房X光攝影檢查 | | |
| 11. <input type="checkbox"/> 口腔黏膜檢查 | | |
| 12. <input type="checkbox"/> 定量免疫法糞便潛血檢查 | | |

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請診所名稱：

診所印信

負責醫師(人)：

簽章

診所地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

負責醫師戶籍地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

負責醫師通訊地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署特約診所基本資料表

診所名稱											代號										
開業執照地址	郵遞區號 <u> </u> <u> </u> <u> </u> 縣市 <u> </u> 鄉鎮市區 <u> </u> 路 <u> </u> 街 <u> </u> 段 <u> </u> 巷 <u> </u> 弄 <u> </u> 號 <u> </u> 樓 <u> </u> 室																				
負責醫師	出生年月日					年 月 日			最近開業日期			年 月 日									
身分證號											最近開業執照號碼										
診療科別	01□家庭醫學科			06□骨科			11□皮膚科			81□麻醉科			40□牙科								
	02□內科			07□神經外科			12□神經科			82□放射線科			60□中醫								
	03□外科			08□泌尿科			13□精神科			83□病理科											
	04□小兒科			09□耳鼻喉科			14□復健科			84□核子醫學科											
	05□婦產科			10□眼科			15□整形外科			00□一般診療											
醫事人員數	A 醫師			F 護理師			Q 物理治療師			V 職能治療生											
	B 中醫師			G 護士			R 職能治療師			Z 營養師											
	C 牙醫師			H 助產士			S 醫用放射線技術師(生)			1 聽力師											
	D 藥師			J 醫事檢驗師			U 物理治療生			5 語言治療師											
	E 藥劑生			K 醫事檢驗生			V 呼吸治療師														
診療設備	門診手術室 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 間 <input type="checkbox"/> 無						洗腎治療床 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 床 <input type="checkbox"/> 無														
	產房 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 間 <input type="checkbox"/> 無						嬰兒床 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 床 <input type="checkbox"/> 無														
	觀察床 <input type="checkbox"/> 有 <u> </u> 床 <input type="checkbox"/> 無						委託代檢之合約 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗機構或 <input type="checkbox"/> 無														
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月日	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書號碼	專科證書有效起始日													
其他醫療設備	01□血液透析機 <u> </u> 臺			09□二氧化碳鐳射設備 <u> </u> 臺			17□尿流動力學檢查機 <u> </u> 臺														
	02□血管造影設備 <u> </u> 臺			10□自動生化分析儀 <u> </u> 臺			18□ <u> </u> <u> </u> 臺														
	03□眼科鐳射機 <u> </u> 臺			11□血管攝影 X 光機 <u> </u> 臺			19□ <u> </u> <u> </u> 臺														
	04□超音波 <u> </u> 臺			12□乳房 X 光攝影 <u> </u> 臺			20□ <u> </u> <u> </u> 臺														
	05□內視鏡 <u> </u> 臺			13□冷凍治療機 <u> </u> 臺			21□ <u> </u> <u> </u> 臺														
	06□牙科型 X 光機 <u> </u> 臺			14□彩色超音波 <u> </u> 臺			22□ <u> </u> <u> </u> 臺														
	07□高壓氧 <u> </u> 臺			15□心導管設備 <u> </u> 臺			23□ <u> </u> <u> </u> 臺														
	08□骨質密度測量儀 <u> </u> 臺			16□染料鐳射碎石 <u> </u> 臺			24□ <u> </u> <u> </u> 臺														
醫事其他服務本機資料	性質	1□公立 2□財團法人 3□私立(合夥) 4□獨資																			
		本診所(代號: <u> </u>)自 <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日起承接 <u> </u> 診所(代號: <u> </u>)之病歷。																			
		單位所得稅統一編號 <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>																			
		電話號碼					傳真號碼					負責人手機號碼									

開業執照影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責醫師之醫師證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責醫師之專科醫師證書影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責醫師執業執照影本

正面

反面

執業醫師執業執照影本

正面

反

負責醫師身分證影本

正面

反面

執業醫師身分證影本

正面

反面

執業醫師執業執照影本

正面

反面

執業醫師執業執照影本

正面

反面

執業醫師身分證影本

正面

反面

執業醫師身分證影本

正面

反面

執業醫師之專科醫師證書影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

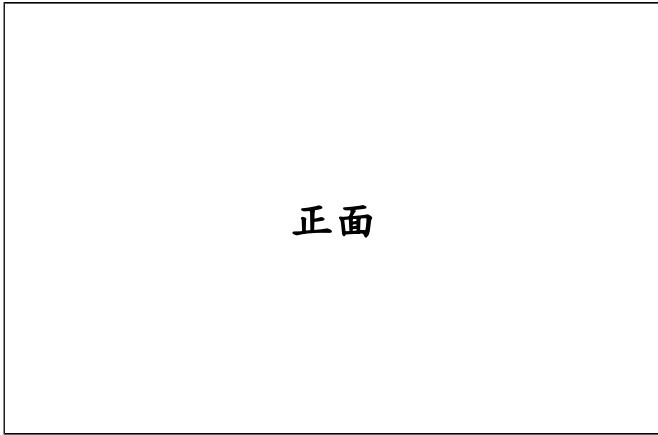
藥事人員執業執照影本



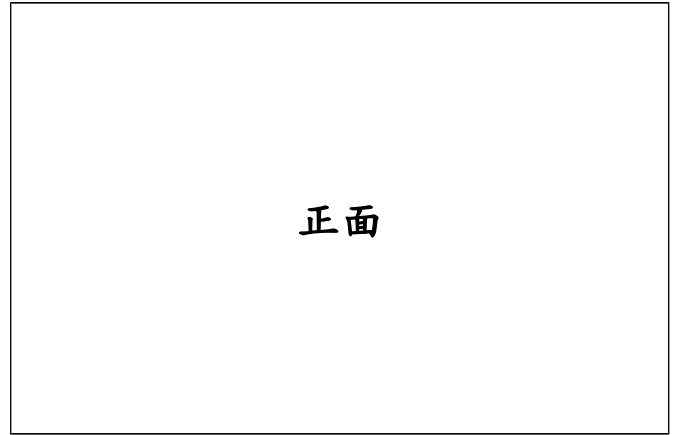
藥事人員執業執照影本



藥事人員身分證影本



藥事人員身分證影本



金融機構帳戶存摺封面影本（負責醫師及醫療機構聯名戶）

扣繳單位設立(變更)登記申請書(統一編號編配通知書)影本

全民健康保險特約診所病床床號資料表

診所代號：_____ 診所名稱：_____

病床分類	病床床號				
急診觀察床					
嬰兒床					
洗腎治療床					

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組有聘用藥事人員之院所應注意事項：

- (一) 藥事人員執業執照正反面影本。
 - (二) 藥事人員每週排班表。
 - (三) 於貴院所加保證明。
 - (四) 親自執業（不定時訪查時才查證）。
 - (五) 診所調劑室相關照片：請貼於 21～24 頁。
 - 1. 診所內全貌。
 - 2. 調劑室外貌。
 - 3. 處方藥品排列情形。
 - 4. 加鎖之櫥櫃。
 - 5. 診療範圍內之洗水槽（不得設在洗手間或櫥房）。
 - 6. 滅火設備。
 - 7. 藥事人員於診所執業之照片。
 - (六) 調劑部門，至少應有六平方公尺之作業面積，其環境設施應符合優良藥品調劑作業規範（GDP）之規定。
- 以上資料均符合後，本署確認其確實執業後始登錄。

院所調劑室相關照片（聘用藥事人員之院所應檢附）

診 所 內 全 貌

調 劑 室 外 貌

調劑室處方藥之擺設

調劑室內加鎖之櫥櫃

洗 水 槽

滅 火 器 等 消 防 安 全 設 備

藥 師 於 診 所 內 執 業 情 形

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

特約醫事服務機構業務聯繫單

醫事機構名稱：_____ 醫事機構代號：_____

聯絡部門名稱：1. _____ 聯絡人：_____ 電話：_____

2. _____ 聯絡人：_____ 電話：_____

3. _____ 聯絡人：_____ 電話：_____

E-mail(電子郵件地址)：1. _____

2. _____

註：1. 本聯繫單是為方便本業務組與貴機構業務之聯繫。

2. 聯絡部門是填寫貴機構辦理醫務行政業務之部門名稱。

(如：門診部、住院部、保險組、健保組、醫事部或負責人)

3. 傳真機：(02)2331-2144

新特約安全模組申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

醫療院所名稱			
醫療院所代號		聯絡人	
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳 真			注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
e-mail			
安全模組申請類別及應檢附資料	<input type="checkbox"/> 雲端安全模組 (請於完成簽約後2日自行登入VPN申請) <input type="checkbox"/> 實體安全模組 <input type="checkbox"/> 1. 新設立機構 (附讀卡機購買證明正本或發票影本) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人 (附前院所讀卡機讓渡書及安全模組卡)		
申請發卡數	(片)		
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位:衛生福利部中央健康保險署臺北業務組			不核准原因: <input type="checkbox"/> 新發SAM卡之數量超過購置(或讓渡)讀卡設備之數量 <input type="checkbox"/> 申請印鑑與原合約印鑑不符 <input type="checkbox"/> 需檢附資料不足_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
單位主管	覆核	電腦建檔	

- 備註：1. **雲端安全模組**注意事項：(1) 需自行使用**醫事機構卡**登入VPN申請及下載
 (2) 相關申請、安裝及操作手冊請自行下載參閱，下載路徑:VPN/下載專區/共通作業-電腦設定
2. **實體安全模組**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，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡(回傳代碼6005)

讀卡機購買證明黏貼處

投保單位
親愛的 ：您好
被保險人

全民健康保險開辦以來，承蒙您的支持與配合，謹致謝忱。

為避免您每月赴金融機構繳納健保費往返之不便，並防止您因一時疏忽遲延繳納而產生滯納金，建議您多多利用委託金融機構轉帳方式繳納健保費。

如果您決定辦理轉帳扣繳健保費，請填妥背面「約定書」在您繳納健保費時交由金融機構一併辦理。您辦妥轉帳手續後，可能還會接獲一至二次繳款單，請仍持單至金融機構繳納，待轉帳扣繳作業正式生效後，即可由指定之帳戶內扣繳（若您已辦妥轉帳代繳手續則不需填寫此單）。

當您辦理的轉帳扣繳作業正式生效（約四十五天至六十天）後，金融機構固定於每月十五日（保險費繳納寬限期滿之日）進行扣款；當帳戶存款不足時，金融機構不再進行補扣，本署分區業務組改寄發轉帳不成功繳款單，屆時請您持該繳款單至金融機構或便利超商繳款。

再次提醒您！依法自保險費繳納寬限期滿次日起即開始計收滯納金，請於每月十五日前特別留意您轉帳帳戶內的存款餘額是否足夠扣繳，以維權益。

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

代收全民健康保險保險費之金融機構如下：

中華郵政(股)公司	兆豐國際商業銀行	台北富邦商業銀行
中國信託商業銀行	高雄銀行	臺灣銀行
日盛國際商業銀行	第一商業銀行	臺灣土地銀行
合作金庫銀行	華南商業銀行	臺灣中小企業銀行
安泰商業銀行	彰化商業銀行	玉山商業銀行

經上列十五家金融機構轉委託之其他銀行、信用合作社及部分農漁會信用部，亦受理代收保險費。

備註：倘若有最近月份保險費繳款單或收據影本可供參考，將有助於金融機構核對及登錄完整的轉帳代繳健保費約定書資料；如果沒有保險費繳款單或收據可茲參考，亦得填妥背面「約定書」後，直接至金融機構辦理。

108 年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案申請表

一、特約醫事服務機構名稱：

代號：

二、特約層級別：基層診所

三、申請類別：新申裝

頻寬轉換，原申請網路頻寬為_____

參加本方案申裝之網路頻寬：

勾選	網路頻寬	月租費	備註
<input type="checkbox"/>	企業型 2M	6,591	1696 元以上方案自行負擔差額
<input type="checkbox"/>	企業型 1M	5,031	
<input type="checkbox"/>	專業型 2M	3,760	
<input type="checkbox"/>	專業型 1M	1,980	
<input type="checkbox"/>	多機型 6M	1,696	全額補助

四、參加起始日期： 年 月。

五、※如有承接其他醫事服務機構之固接網路者，請填寫下列資料：

- (一)原特約醫事服務機構名稱_____原特約醫事服務機構代號_____。
- (二)承接日期 _____年____月____日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)，
- (三)結算分界：以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、個人資料蒐集處理及利用同意書

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

中華民國 _____年 _____月 _____日

(請注意下列事項：

- 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
- 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
- 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

七、院所聯絡人姓名：

院所電話：

院所傳真：

八、特約醫事服務機構及負責人印章(簽約大小章)：

健保署核定章

※中華電信窗口：

電話：

傳真：

核定日期：

註1：填完申請表後請傳真至費用二科 (02)2348-6448(西醫)或費用三科 (02)2389-5694(中、牙醫)，或簽約時逕交給醫務管理科窗口人員。

註2：醫事服務機構未於各季結算時點前申報醫療費用資料，不予支付方案費用。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 一、特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____
- 二、特約層級別：醫學中心區域醫院地區醫院
基層診所其他 _____
- 三、參加本方案申裝之行動網路類型3G4G、月租費元。
- 四、參加起始日期： _____ 年 _____ 月。
- 五、因應何類業務需申請行動網路：
居家醫療照護服務
西醫醫療資源不足地區改善方案
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
其他(請敘明業務需求)
- 六、申請數量：1組2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料： _____)
- 七、聯絡人姓名： _____ 電話： _____ 傳真： _____
E-MAIL： _____
- 八、特約醫事服務機構及負責人印章(大小章)：
(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。)

本表填完請寄 (或交給簽約時醫務管理科窗口) _____ 郵遞區號：100

地址：台北市許昌街17號8樓

收件人：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

費用二科 黃聖中收

健保核定章

**臺北業務組西醫基層及藥局
醫療費用電子化作業同意申請表**

_____診所/藥局(院所代號: _____)同意自_____年
____月(費用年月)起依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第33-1
條(詳註)規定辦理健保公文流程電子化作業。

連絡人姓名: _____ 電話: _____

E-MAIL: _____

此致 衛生福利部中央健康保險署

代表人(公立醫事服務機構適用)/負責醫事人員

姓名: _____(簽章)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

負責醫師簽約章

醫事服務機構

用印

註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第33-1條：

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎請將本申請表請折疊後郵寄至台北市許昌街17號8樓(中央健康保險署臺北業務組醫療費用二科)或於新特約簽約時交予醫務管理科窗口

西醫診所詢問窗口：02-2348-6435 黃先生 02-2348-6432 黃先生

藥局 詢問窗口：02-2348-6439 楊小姐 02-2348-6430 李小姐

TO:

郵遞區號：100

地址：台北市許昌街17號8樓

收件人：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
費用二科 黃聖中收