



**醫事服務機構申請為  
全民健康保險特約職能治療所基本資料**

**衛生福利部中央健康保險署臺北業務組**

**中華民國 107 年 3 月**



# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約職能治療所填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請職能治療所名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、職能治療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分

- 一、職能治療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、負責職能治療師執業年資欄請填最近二年執業經歷。
- 三、職能治療空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附職能治療空間平面圖。
- 四、職能治療人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、職能治療人員類別欄請填職能治療師或職能治療生，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 六、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）。
- 七、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

## 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 <b>臺北業務組(壽德大樓辦公室)</b>	臺北市許昌街17號8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 <b>北區業務組</b>	中壢市中山東路3段525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 <b>中區業務組</b>	臺中市市政北一路66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 <b>南區業務組</b>	臺南市公園路96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 <b>高屏業務組</b>	高雄市九如二路157號	(07)323-3123
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 <b>東區業務組</b>	花蓮市軒轅路36號	(03)833-2111

# 申請為全民健康保險特約醫事服務機構應備文件查檢表

107.3 製

我已備妥下列中之資料：

- 1. 全民健康保險特約職能治療所申請書(詳4頁)
- 2. 全民健康保險特約職能治療所基本資料表(詳5頁)
- 3. 全民健康保險特約職能治療所設備資料表(詳6頁)
- 4. 醫事機構大章、負責人小章
- 5. 職能治療所開業執照(詳7頁)
- 6. 負責人員執業執照、身分證及相關證書正反面影本(詳8-9頁)
- 7. 負責人及醫事服務機構名義開立之金融機構帳戶(請填寫10頁費用劃撥轉帳資料卡及提供存摺封面影本黏貼於11頁)
- 8. 扣繳單位設立(變更)登記申請書(詳12頁)
- 9. E-mail address 電子郵件地址(詳13頁)
- 10. 健保卡安全模組申請表(詳14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15頁)
- 11. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳16-17頁)
- 12. 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自開業執照核發日。

※負責人或機構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。

※如對特約申請仍有疑義，請洽本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：

- 1. 職能治療所申請書
- 2. 職能治療所基本資料
- 3. 職能治療所執照影本
- 4. 職能治療所服務時間表
- 5. 身分證正反面影本
- 6. 執業執照正反面影本
- 7. 統一編號編配通知書影本
- 8. 投保單位成立證明影本
- 10. 存摺封面影本
- 11. 費用劃撥轉帳資料卡
- 12. 讀卡機購買發票影本
- 13. 委託轉帳代繳健保費約定書
- 14. 法院公證之合夥文件影本
- 15. E-MAIL

簽約日期：

# 全民健康保險特約職能治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險職能治療業務，特檢具

全民健康保險特約職能治療所基本資料表

執業證明（含開業執照、執業執照、職能治療師證書及身分證正反面）

註明與正本相符之影本文件各乙份

申請為全民健康保險特約職能治療所，請惠予受理。

申請類別：A 職能治療所

申請辦理業務：復健業務

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請職能治療所名稱：

機構印信

負責職能治療師：

簽章：



職能治療所地址：

縣(市)                    鎮鄉區(市)                    村(里)                    鄰  
街路                    段                    巷                    弄                    號                    樓之

負責職能治療師戶籍地址：

縣(市)                    鎮鄉區(市)                    村(里)                    鄰  
街路                    段                    巷                    弄                    號                    樓之

負責職能治療師通訊地址：

縣(市)                    鎮鄉區(市)                    村(里)                    鄰  
街路                    段                    巷                    弄                    號                    樓之

中 華 民 國                    年                    月                    日

# 全民健康保險特約職能治療所基本資料表

職能治療所名稱											代號										
開業執照地址	縣市		鄉鎮市區			路街		段巷弄		號		樓室									
負責職能治療師	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											
負責職能治療師執業年資					計 年		職能治療空間面積			計 坪											
執業資料	執業地點		執業場所名稱					執業起迄日期													
	市縣	市鎮鄉						年 月 日		至		年 月 日									
	市縣	市鎮鄉						年 月 日		至		年 月 日									
	市縣	市鎮鄉						年 月 日		至		年 月 日									
職能治療所設備	職能治療設備		<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)																		
	職能治療評估		<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無																		
職能治療人員資料	類別	姓名	出生年月日		身分證號			執業執照號碼													
醫其 事他 服基 務本 機資 構料	性質	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 財團法人 <input type="checkbox"/> 社團法人 <input type="checkbox"/> 私立 ( <input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 獨資 ) <input type="checkbox"/> 醫療機構附設																			
	單位所得稅統一編號																				
	電話號碼		傳真號碼			負責人			手機號碼												

# 全民健康保險特約職能治療所設備資料表

特約醫事機構代號\_\_\_\_\_

特約醫事機構名稱\_\_\_\_\_

填表日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 職能治療設備

是否設有獨立之職能治療室 是 否；如有，面積\_\_\_\_\_平方公尺\_\_\_\_\_坪

有無下列職能治療設備：

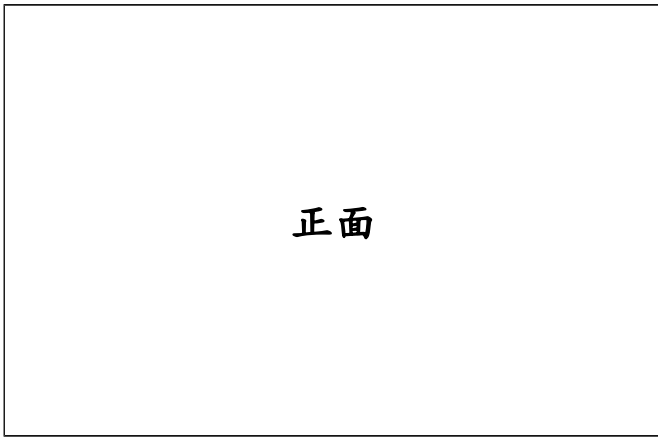
- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 站立桌        | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 推拉箱        | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 運動墊        | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手功能訓練器具    | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 副木、輔具之製作器材 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 認知、知覺訓練器具  | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 日常生活功能訓練器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 感覺統合治療器具   | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 工作模擬訓練器具   | 數量： |

職能治療所開業執照影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

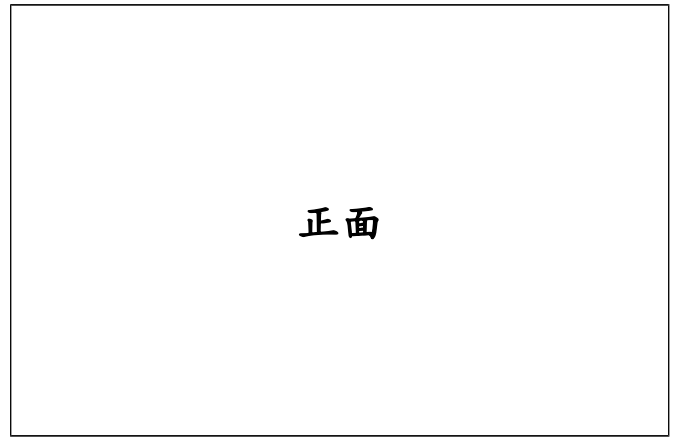


負責職能治療師證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責人員執業執照影本



負責人員身分證影本



**衛生福利部中央健康保險署**  
**全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥帳號申請表**

申請日期：      年      月      日

醫事機構名稱 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

醫事機構代號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所得單位扣繳統一編號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

往來金融機構	總機構名稱		代號															
	分支機構名稱																	
	戶名																	
	帳號																	
郵局	戶名						代號											
	郵政劃撥儲金帳號																	

**※如係變更費用劃撥帳號機構請加填下列原約定帳號**

原約定帳號	往來金融機構	總機構名稱		代號															
		分支機構名稱																	
		戶名																	
		帳號																	
	郵局	戶名						代號											
		郵政劃撥儲金帳號																	

委託金融機構名稱：

004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫商業銀行	812 台新銀行
007 第一商業銀行	008 華南商業銀行	009 彰化銀行	
012 台北富邦商業銀行	016 高雄銀行	017 兆豐國際商業銀行	
050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司	808 玉山商業銀行	
815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行	

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫師姓名，在上開金融機構設立存款帳戶（聯名戶）或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，不予受理。

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

金融機構帳戶存摺封面影本（負責人及醫療機構聯名戶）

扣繳單位設立(變更)登記申請書(統一編號編配通知書)黏貼處

# 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) 23312144

# 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			<b>注意：</b> (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"/> <b>雲端安全模組</b> (請於完成簽約後 2 日自行登入 VPN 申請)  <input type="checkbox"/> <b>實體安全模組</b> <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)		
<b>(以下資料由本署分區業務組人員填寫)</b>			
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:
單位主管	覆核	電腦建檔	<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_____

- 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。