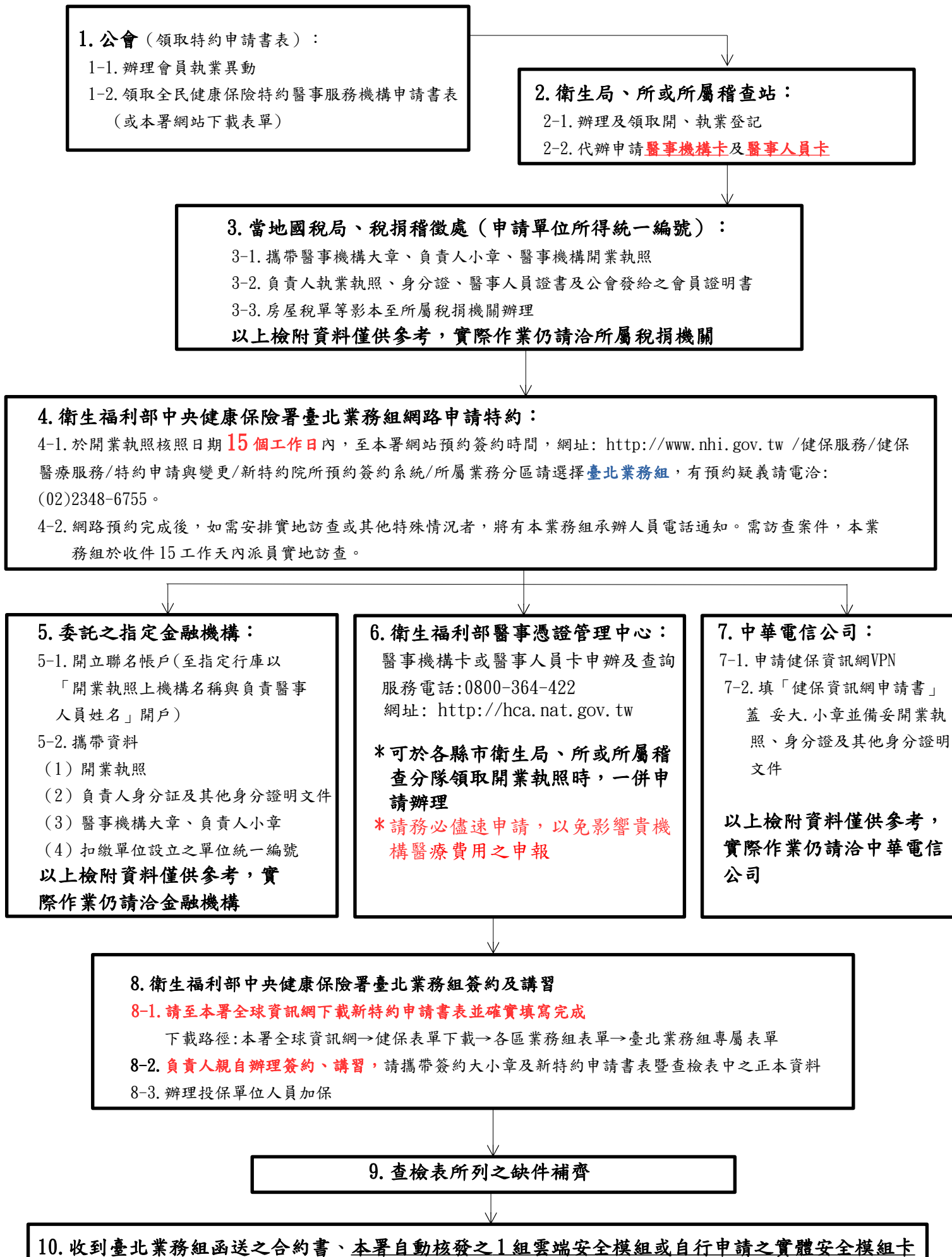




**醫事服務機構申請為  
全民健康保險特約物理治療所基本資料**

**衛生福利部中央健康保險署臺北業務組**

**中華民國 109 年 2 月**



# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約物理治療所填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請物理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、物理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、物理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、負責物理治療師執業年資欄請填最近二年執業經歷。
- 三、物理治療空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附物理治療空間平面圖。
- 四、物理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、物理治療人員類別欄請填物理治療師或物理治療生，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

108.8 修訂

我已備妥下列中之資料：

- 1. 全民健康保險特約物理治療所申請書(詳4頁)
- 2. 全民健康保險特約物理治療所基本資料表(詳5頁)
- 3. 全民健康保險特約物理治療所設備資料表(詳6頁)
- 4. 醫事機構大章、負責人小章
- 5. 物理治療所開業執照影本(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)，**與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組**；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，**未有第第全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法三十八條、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。

※**負責醫事人員如係5年內遷址者，或擬處分者於原擬處分院所同址新開業或執登者，負責醫事人員須簽具結轉同意書後方可特約。**

※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

# 全民健康保險特約物理治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險物理治療業務，特檢具

全民健康保險特約物理治療所基本資料表

執業證明（含開業執照、執業執照、物理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物理治療所，請惠予受理。

申請類別：A 物理治療所

申請辦理業務：復健業務

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請物理治療所名稱：

機構印信

負責物理治療師：

簽章：

物理治療所地址：

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

負責物理治療師戶籍地址：

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

負責物理治療師通訊地址：

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

中 華 民 國                      年                      月                      日

# 全民健康保險特約物理治療所基本資料表

物理治療所名稱											代號									
開業執照地址	縣市		鄉鎮市區			路街		段巷弄		號		樓室								
負責物理治療師	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								
負責物理治療師執業年資	計					年			物理治療空間面積			計			坪					
執業資料	執業地點			執業場所名稱					執業起迄日期											
	市鎮鄉		市鎮鄉							年 月 日至		年 月 日								
	市鎮鄉		市鎮鄉							年 月 日至		年 月 日								
	市鎮鄉		市鎮鄉							年 月 日至		年 月 日								
物理治療所設備	簡單治療設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small>					複雜治療設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small>								
	中度治療設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small>					物理治療評估			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無								
物理治療人員資料	類別	姓名		出生年月日			身分證號			執業執照號碼										
醫事其他服務機構資料	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											

# 全民健康保險特約物理治療所設備資料表

特約醫事機構代號\_\_\_\_\_

特約醫事機構名稱\_\_\_\_\_

填表日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 物理治療設備

是否設有獨立之物理治療室 是 否；如有，面積\_\_\_\_\_平方公尺\_\_\_\_\_坪

有無下列物理治療設備：

### 簡單治療

<input type="checkbox"/> 頸部牽引裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 微波治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 腰部牽引裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 向量干擾波治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 冷敷裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 經皮神經電刺激器	數量：
<input type="checkbox"/> 熱敷裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 高伏特刺激器	數量：
<input type="checkbox"/> 紅外線照燈	數量：	<input type="checkbox"/> 低能雷射治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 石蠟浴裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 紫外線照燈及附件	數量：
<input type="checkbox"/> 超音波治療器及附件	數量：	<input type="checkbox"/> 磁場治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 短波治療器	數量：	<input type="checkbox"/> 促進循環波動治療器	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/>	數量：

### 中度及複雜治療

<input type="checkbox"/> 肌肉電刺激器及附件	數量：	<input type="checkbox"/> 血壓計	數量：
<input type="checkbox"/> 固定或活動式上肢水療裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 姿勢矯正鏡	數量：
<input type="checkbox"/> 固定或活動式下肢水療裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 治療鏡	數量：
<input type="checkbox"/> 哈博氏全身水療槽	數量：	<input type="checkbox"/> 治療球	數量：
<input type="checkbox"/> 可調式三節治療床組	數量：	<input type="checkbox"/> 站立架	數量：
<input type="checkbox"/> 懸吊床組	數量：	<input type="checkbox"/> 平衡桿	數量：
<input type="checkbox"/> 牽拉固定帶或棍	數量：	<input type="checkbox"/> 搖晃板	數量：
<input type="checkbox"/> 滑輪重量組	數量：	<input type="checkbox"/> 助行器	數量：
<input type="checkbox"/> 肩輪	數量：	<input type="checkbox"/> 等速肌力訓練系統	數量：
<input type="checkbox"/> 指梯	數量：	<input type="checkbox"/> 急救車	數量：
<input type="checkbox"/> 滑板	數量：	<input type="checkbox"/> 心電圖監視系統	數量：
<input type="checkbox"/> 腕部訓練組	數量：	<input type="checkbox"/> 血氧飽和偵測儀	數量：
<input type="checkbox"/> 砂袋或啞鈴組	數量：	<input type="checkbox"/> 三節式姿位引流床或一般治療床組	數量：
<input type="checkbox"/> 阻力橡皮帶組	數量：	<input type="checkbox"/> 簡易肺功能測量儀	數量：
<input type="checkbox"/> 手臂肌力訓練器	數量：	<input type="checkbox"/> 吸吐器口壓測量器	數量：
<input type="checkbox"/> 股四頭肌訓練器	數量：	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練皮帶、球	數量：
<input type="checkbox"/> 手部內、外旋訓練裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 節拍器	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 斜坡道	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 樓梯	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 障礙板	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 治療床組	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 治療鋪墊	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 分隔欄架組	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 手動或電動式傾斜床	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 腳踏車	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 手搖車	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 跑步機	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 計時器	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 平行桿走道	數量：

物理治療所開業執照影本黏貼處（請縮成 A4 浮貼）

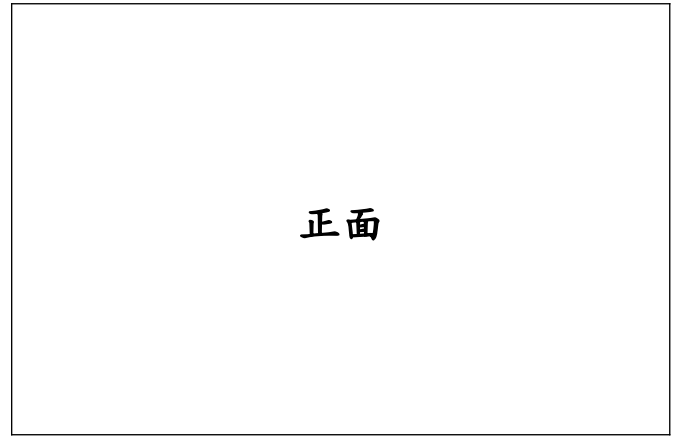


負責物理治療師證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責人員執業執照影本



負責人員身分證影本





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 checked="" type="checkbox"/> <b>雲端安全模組</b> <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_____
			<input type="checkbox"/> 其他_____

- 注意事項：1. **雲端安全模組**：(1) 與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組  
 (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**：(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，即可由指定之帳戶扣繳。

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：

臺灣銀行	合作金庫銀行	中華郵政(股)公司	第一商業銀行	華南商業銀行
彰化商業銀行	台北富邦商業銀行	中國信託商業銀行	臺灣土地銀行	兆豐國際商業銀行
安泰商業銀行	日盛國際商業銀行	臺灣中小企業銀行	高雄銀行	玉山商業銀行
台新國際商業銀行	國泰世華商業銀行	上海商業儲蓄銀行	凱基商業銀行	聯邦商業銀行
元大商業銀行	渣打國際商業銀行	華泰商業銀行	台中商業銀行	京城商業銀行
花旗(台灣)銀行	永豐商業銀行	板信商業銀行	臺灣新光商業銀行	遠東國際商業銀行
星展(台灣)銀行	陽信商業銀行	台中三信商業銀行	高雄三信商業銀行	瑞興商業銀行
信用合作社	部分農(漁)會信用部			

說明：代收(繳)保險費金融機構包括主辦銀行暨轉委託之其他銀行、信用合作社及部分農漁會信用部。