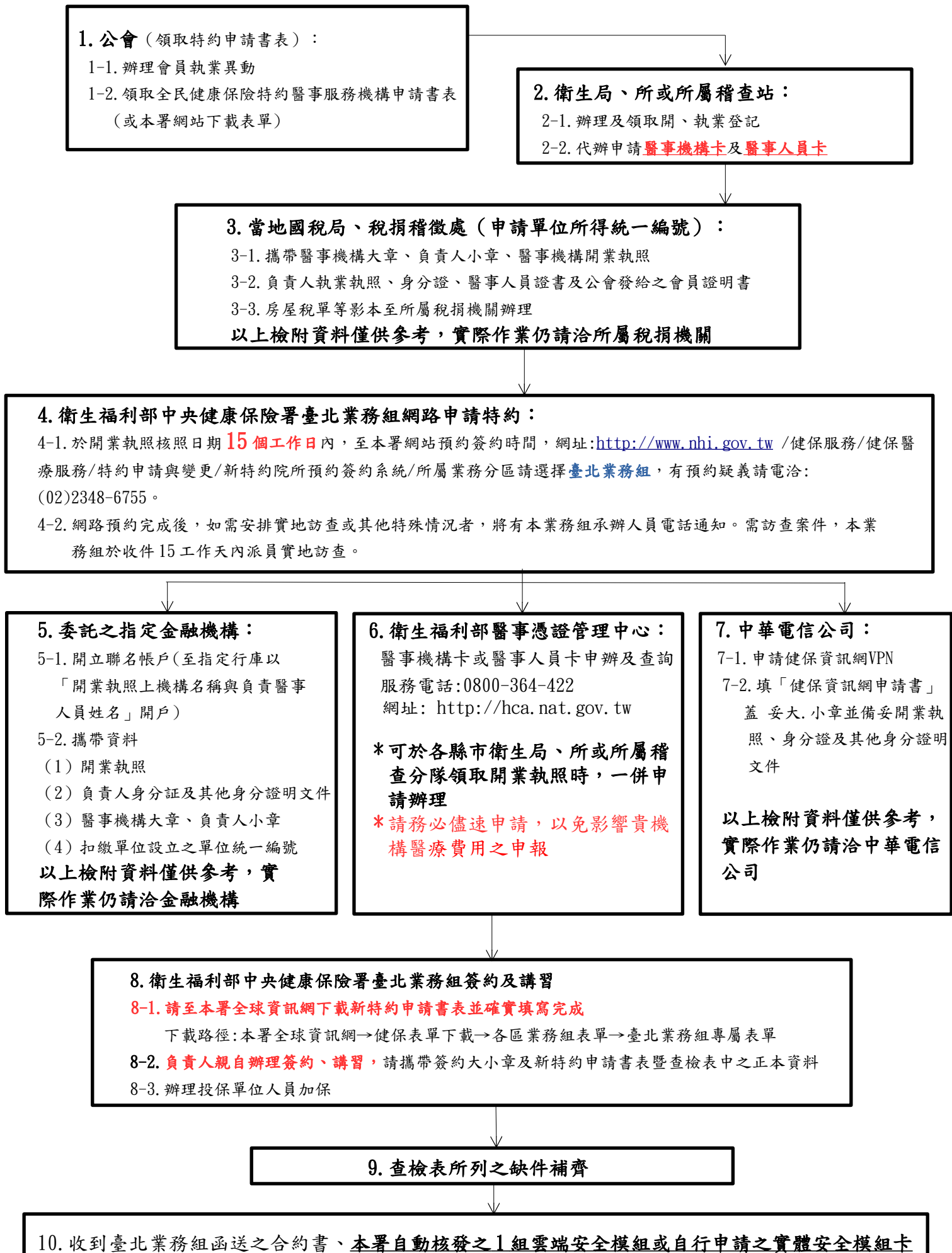




**醫事服務機構申請為  
全民健康保險特約精神復健機構基本資料**

**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精神復健業務填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請精神復健機構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、精神復健機構地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

## 貳：全民健康保險特約精神復健機構基本資料表部分

- 一、精神復健機構代號請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、專業人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 三、專業人員簡歷表請填專兼任之管理人員、職能治療人員、精神醫療社會工作人員、臨床心理人員或護理人員，並檢附相關證照影本。
- 四、精神復健機構性質勾選**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）。
- 五、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. 全民健康保險特約精神復健業務申請書(詳4頁)
- 2. 全民健康保險特約精神復健機構基本資料表(詳5頁)
- 3. 醫事機構大章、負責人小章
- 4. 精神復健機構開業執照影本(詳6頁)
- 5. 負責人員執業執照、身分證及相關證書正反面影本(詳7-8頁)
- 6. 負責人及醫事服務機構名義開立之金融機構帳戶(請填寫9頁費用劃撥轉帳資料卡及提供存摺封面影本黏貼於10頁)
- 7. 扣繳單位設立(變更)登記申請書(詳11頁)
- 8. E-mail address 電子郵件地址(詳12頁)
- 9. 健保卡安全模組申請表(詳13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14頁)
- 10. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳15-16頁)
- 11. 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

# 全民健康保險特約醫事服務機構辦理精神復健業務申請書

茲擬申請辦理全民健康保險精神復健業務，特檢具「全民健康保險特約復健機構基本資料表」乙份及開業執照、負責人身分證正反面註明與正本相符之影本文件各乙份，請惠予受理。

申請類別：07精神科社區復健

申請辦理業務：L社區復健中心      M康復之家

型態別：08社區復健中心      09康復之家

此致

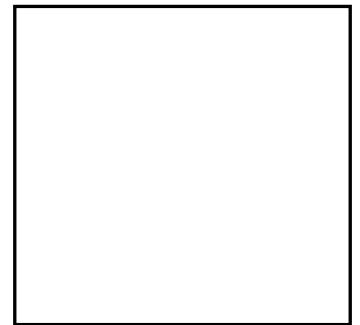
衛生福利部中央健康保險署

申請精神復健機構名稱：

機構印信

負責人：

簽章：



精神復健機構地址：

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

負責人戶籍地址：

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

負責人通訊地址：

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

中 華 民 國                  年                  月                  日

# 全民健康保險特約精神復健機構基本資料表

精神復健機構名稱											代號										
開業執照地址	縣市		鄉鎮市區			路街		段巷弄		號		樓室									
負責人				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											
服務類別	<input type="checkbox"/> 社區復健中心復健治療 <input type="checkbox"/> 康復之家復健治療										總服務量		人								
專業人員簡歷	職稱 (專兼任)		姓名		出生年月日		身分證號		學歷或執業執照號碼												
醫其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											

精神復健機構開業執照影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

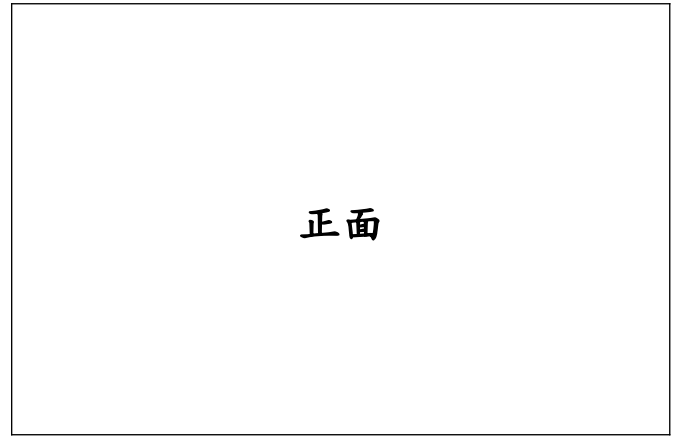
負責人員證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)



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 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)
3. **新特約完成後，應儘速完成安全模組(卡)認證，特約核定日起 30 個日曆天後，不得以異常就醫序號「G000」申報醫療費用，違反者退件。**

讀卡機購買證明黏貼處

## 新增

### 註銷委託轉帳代繳全民健康保險費約定書 (107年8月31日修正)

立約定書人茲向貴行(局、庫、社、會)申請( 新增 註銷)委託轉帳代繳全民健康保險費，請依照本約定書所載約定事項之規定，逕自下列指定轉帳代繳帳戶( 辦理 終止)轉帳代繳下表所列繳款代號之保險費。此致

郵局 (立帳局號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 存簿儲金帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>—<input type="checkbox"/> 或劃撥儲金帳號 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 立約定書人(帳戶本人)姓 名 _____</input></input>	銀行(局、庫、社、會) _____分行(分局、支庫、分社) 帳號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div> 簽章(請蓋存款戶印鑑)
---	---

聯絡電話：(公) \_\_\_\_\_ (宅) \_\_\_\_\_

(一)鄉鎮市區公所加保之被保險人 請填此欄位  
育嬰留職停薪之被保險人

被保險人姓名	被保險人身分證統一編號

(二)投保單位請填此欄位

(由雇主成立為投保單位之外傭雇主，請填寫此欄，營利事業統一編號得免填)

投保單位名稱	投 保 單 位 代 號	營利事業統一編號(如無則免填)

#### 約 定 事 項

中華民國 年 月 日

- 一、立約定書人(以下簡稱立約人)填具本約定書，委託貴行(局、庫、社、會)自指定之存款帳戶(以下簡稱轉帳代繳帳戶)轉帳代繳全民健康保險費(以下簡稱保險費)。如因約定書內容填寫不全、錯誤或其他原因，致貴行(局、庫、社、會)無法辦理轉帳，則本約定書不生效力。(被保險人姓名或投保單位名稱及投保單位代號可參閱最近月份保險費繳款單)
- 二、立約人申請轉帳代繳保險費，同意自貴行(局、庫、社、會)接受委託，並洽妥衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)分區業務組完成建檔之月份(以申請之次月為原則)起開始轉帳。在未建檔前各月份之保險費，仍由保險費繳款人(以下簡稱繳款人)自行繳納。
- 三、貴行(局、庫、社、會)代繳義務，以立約人轉帳代繳帳戶餘額足敷委託代繳之保險費為限。貴行(局、庫、社、會)應於每月十五日轉帳(如遇假日為其次一營業日)，倘存款不足，則由繳款人自行持保險費繳款單至指定之金融機構繳納。如繳款人因此而須負擔滯納金，概由立約人負責。
- 四、立約人委託代繳保險費，如轉帳代繳帳戶因遭法院強制執行或其他事故致無法代繳時，貴行(局、庫、社、會)得終止代繳之約定，其因此而致繳款人須負擔滯納金，概由立約人負責。
- 五、立約人擬在貴行(局、庫、社、會)另行指定轉帳代繳帳戶時，應註銷原委託約定且重新填具約定書；並同意自貴行(局、庫、社、會)受理變更，及洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份(以申請之次月為原則)起，由新帳戶代繳保險費。
- 六、立約人委託代繳保險費，在未終止委託前，不得藉故拒絕繳納保險費，否則因此而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。
- 七、立約人委託代繳保險費，在未終止委託前，自行結清轉帳代繳帳戶時，視同自動解除代繳之約定，其因此而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。
- 八、貴行(局、庫、社、會)或立約人皆得隨時以書面通知對方終止代繳契約。立約人終止代繳時應填具「註銷委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，並自貴行(局、庫、社、會)接受註銷委託，並洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份(以申請之次月為原則)起，終止以該帳號轉帳代繳保險費。其因註銷委託而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。
- 九、立約人指定之轉帳代繳帳戶為支票存款帳戶者，倘因扣繳保險費而致存款不足，發生退票情事，由立約人自行負責。



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。