



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9月

1. 公會 (領取特約申請書表) :

- 1-1. 辦理會員執業異動
- 1-2. 領取全民健康保險特約醫事服務機構申請書表
(或本署網站下載表單)

2. 衛生局、所或所屬稽查站 :

- 2-1. 辦理及領取開、執業登記
- 2-2. 代辦申請 **醫事機構卡** 及 **醫事人員卡**

3. 當地國稅局、稅捐稽徵處 (申請單位所得統一編號) :

- 3-1. 攜帶醫事機構大章、負責人小章、醫事機構開業執照
 - 3-2. 負責人執業執照、身分證、醫事人員證書及公會發給之會員證明書
 - 3-3. 房屋稅單等影本至所屬稅捐機關辦理
- 以上檢附資料僅供參考，實際作業仍請洽所屬稅捐機關**

4. 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組網路申請特約 :

- 4-1. 於開業執照核照日期 **15個工作日** 內，至本署網站預約簽約時間，網址：<http://www.nhi.gov.tw/健保服務/健保醫療服務/特約申請與變更/新特約院所預約簽約系統/> 所屬業務分區請選擇 **臺北業務組**，有預約疑義請電洽：(02)2348-6755。
- 4-2. 網路預約完成後，如需安排實地訪查或其他特殊情況者，將有本業務組承辦人員電話通知。需訪查案件，本業務組於收件15工作天內派員實地訪查。

5. 委託之指定金融機構 :

- 5-1. 開立聯名帳戶(至指定行庫以「開業執照上機構名稱與負責醫事人員姓名開戶)
 - 5-2. 攜帶資料
 - (1) 開業執照
 - (2) 負責人身分證及其他身分證明文件
 - (3) 醫事機構大章、負責人小章
 - (4) 扣繳單位設立之單位統一編號
- 以上檢附資料僅供參考，實際作業仍請洽金融機構**

6. 衛生福利部醫事憑證管理中心 :

- 醫事機構卡或醫事人員卡申辦及查詢
 - 服務電話:0800-364-422
 - 網址：<http://hca.nat.gov.tw>
- *可於各縣市衛生局、所或所屬稽查分隊領取開業執照時，一併申請辦理**
- *請務必儘速申請，以免影響貴機構醫療費用之申報**

7. 中華電信公司 :

- 7-1. 申請健保資訊網VPN
 - 7-2. 填「健保資訊網申請書」蓋妥大、小章並備妥開業執照、身分證及其他身分證明文件
- 以上檢附資料僅供參考，實際作業仍請洽中華電信公司**

8. 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組簽約及講習

- 8-1. **請至本署全球資訊網下載新特約申請書表並確實填寫完成**
下載路徑:本署全球資訊網→健保表單下載→各區業務組表單→臺北業務組專屬表單
- 8-2. **負責人親自辦理簽約、講習**，請攜帶簽約大小章及新特約申請書表暨查檢表中之正本資料
- 8-3. 辦理投保單位人員加保

9. 查檢表所列之缺件補齊

10. 收到臺北業務組函送之合約書、本署自動核發之1組雲端安全模組或自行申請之實體安全模組卡

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 臺北業務組(壽德大樓辦公室) | 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 北區業務組 | 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 中區業務組 | 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 南區業務組 | 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 高屏業務組 | 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 東區業務組 | 花蓮市軒轅路36號 | (03)833-2111 |

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. 特約醫事服務機構重要訊息接收窗口(詳6頁)
- 4. 醫事機構大章、負責人小章
- 5. 精神復健機構開業執照影本(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. 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，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條、第39條、第40條或第47條所定情事，特約生效日方得追溯自開業執照核發日。

※新設立醫院、申請辦理復健業務之診所、精神復健機構(日間型及住宿型)、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。

※負責醫事人員如係5年內遷址、同址變更負責人且機構代號不變、或同址變更負責人且該地址預定有受停約或終約處分者，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」一份及開業執照、負責人身分證正反面註明與正本相符之影本文件各一份，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

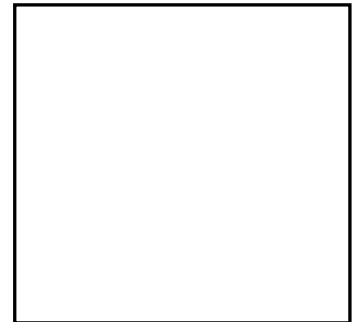
型態別：08社區復健中心 09康復之家

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

109.9修訂

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|-------|------|---|---|-------------|-----------|---|---|--|--|--|--|------|---|--|--|--|--|----------|--|--|
| 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合作之資訊 廠商名稱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

特約醫事服務機構重要訊息接收窗口（其他非醫院之醫事機構版本）

醫事機構名稱：_____ 醫事機構代號：_____

| 類別 | 姓名 | 手機號碼 | 電子郵件信箱 (E-mail) |
|---------|----|------|--------------------|
| 負責人 | | | |
| 負責人指定人員 | | | |

備註：

- 1、本署寄發重要訊息將以上表所填「負責人_電子郵件信箱(E-mail)」為主，請貴機構確實填寫。
- 2、為確保訊息正確且及時傳達，請務必每日開啟電子郵件信箱，另本表所列重要訊息接收窗口如有異動，應立即至「[VPN服務項目](#)>[醫務行政](#)>[特約機構作業](#)>[基本資料](#)>[電子郵件](#)」變更，如未即時異動，致漏接本署重要訊息，應自行負責。

醫事服務機構印信

負責醫事人員印鑑

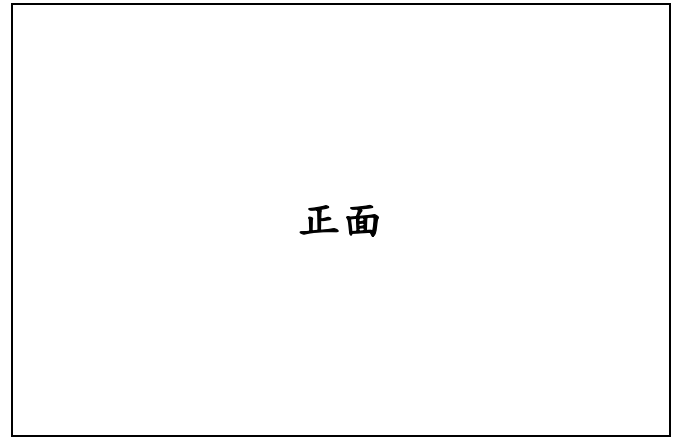
精神復健機構開業執照影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

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



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

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 checked="" type="checkbox"/> 雲端安全模組 <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 | |
| | | | |

- 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

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。

111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：_____

三、申請類別：新申裝 分享頻寬，醫事機構代碼_____

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 | 1691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 | 1,691 | 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：

1. 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。
2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
3. 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：填完申請表後請傳真至費用二科 (02)2382-2653(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。

(33930587)

醫療費用申報總表線上確認作業申請書

本機構_____（院所代號：_____）

醫事類別：

11. 門診西醫診所 12. 門診西醫醫院 13. 門診牙醫 14. 門診中醫
15. 門診洗腎 19. 門診其他醫事機構 21. 住診西醫診所
22. 住診西醫醫院 29. 住診其他醫事機構
30. 藥局 40. 物理治療所 50. 特約檢驗所

申請自__年__月__日起參加「醫療費用申報總表線上確認作業」。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事機構地址：

聯絡人姓名：

聯絡人電話：

聯絡人電子郵件：

醫事服務機構
用 印

醫事機構負責人
用 印

中華民國 年 月 日