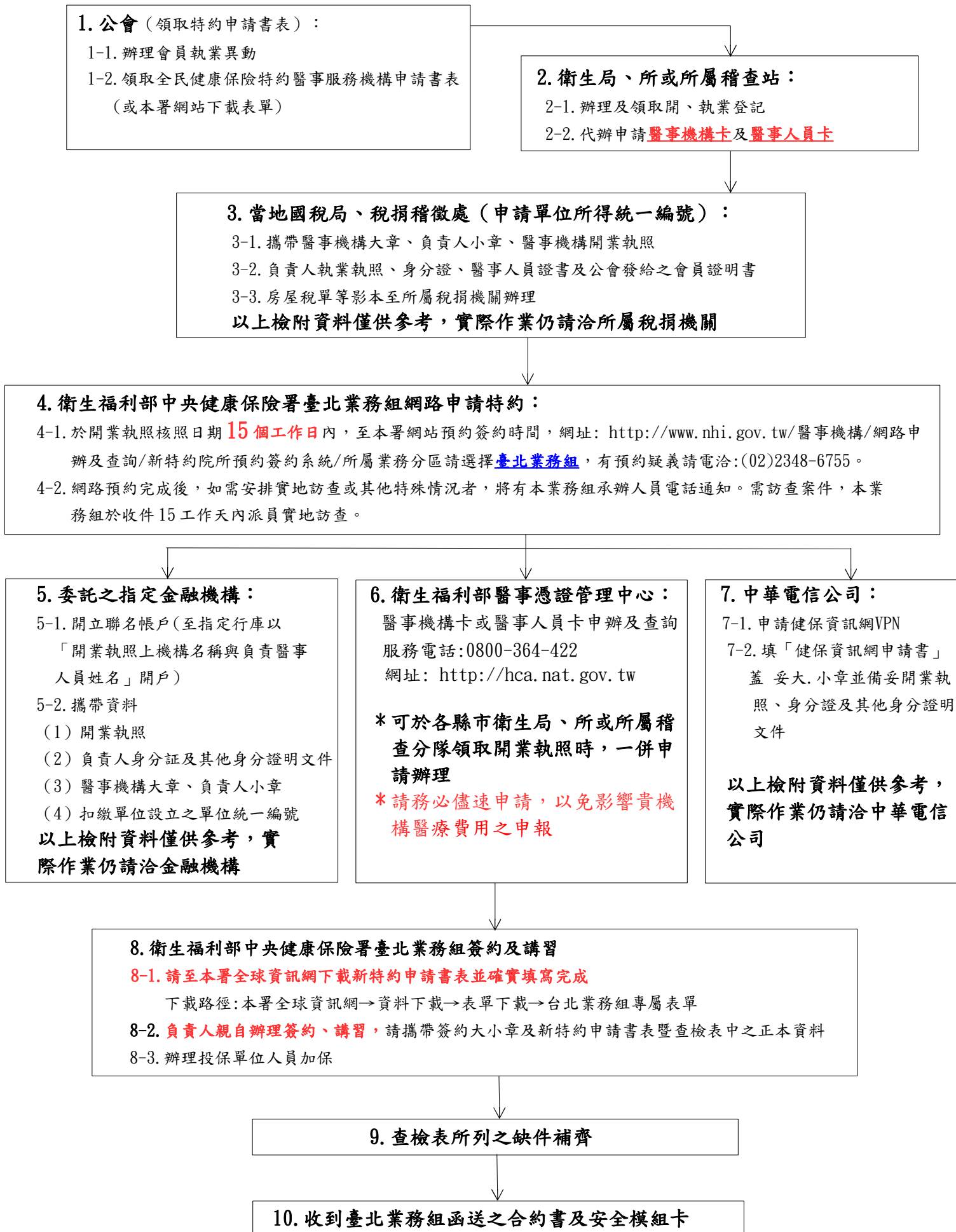




**醫事服務機構申請為
全民健康保險特約藥局基本資料**

**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藥局填表須知 106.4 製

壹：申請書部分

- 一、申請藥局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。
- 二、藥局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、藥局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、主持藥師或藥劑生執業年資欄請填最近二年執業資料。
- 三、調劑室地坪面積請依實際使用面積填寫。
- 四、藥事人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、藥事人員類別欄請填藥師或藥劑生，並檢附執業執照正反面影本。
- 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. 全民健康保險特約藥局申請書(詳 4 頁)
- 2. 全民健康保險特約藥局基本資料表(詳 5 頁)
- 3. 醫事機構大章、負責人小章
- 4. 藥局開業執照影本(詳 6 頁)
- 5. 負責藥事人員執業執照、身分證及相關證書正反面影本(詳 7-9 頁)
- 6. 負責藥師或藥劑生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)
- 7. 扣繳單位設立(變更)登記申請書(詳 12 頁)
- 8. 調劑室相關照片(詳 14-17 頁)
- 9. E-mail address 電子郵件地址(詳 18 頁)
- 10. 藥事人員固定執行調劑業務時段(詳 19 頁)
- 11. 健保卡安全模組申請表(詳 20 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 21 頁)
- 12. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳 22-23 頁)
- 13. 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 24-26 頁)
- 14. 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 36-40 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：

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 特約藥局申請書 | <input type="checkbox"/> 2. 特約藥局基本資料 | <input type="checkbox"/> 3. 藥局執照影本 |
| <input type="checkbox"/> 4. 藥局服務時間表 | <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. 投保單位成立證明影本 | <input type="checkbox"/> 9. 存摺封面影本 |
| <input type="checkbox"/> 10. 費用劃撥轉帳資料卡 | <input type="checkbox"/> 11. 讀卡機購買證明 | <input type="checkbox"/> 12. 委託轉帳代繳健保費約定書 |
| <input type="checkbox"/> 13. 法院公證之合夥文件影本 | <input type="checkbox"/> 14. E-MAIL | |

簽約日期：

全民健康保險特約藥局申請書

茲擬承辦全民健康保險藥事服務業務，特檢具

- 全民健康保險特約藥局基本資料表
 - 執業證明（含開業執照、執業執照、藥師（藥劑生）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藥局，請惠予受理。

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請藥局名稱：

藥局印信



主持藥師（藥劑生）：

簽章：

藥 局 地 址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

主持藥師（藥劑生）戶籍地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

主持藥師（藥劑生）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

全民健康保險特約藥局基本資料表

藥局名稱											代號										
開業執照 地址	郵地區號 — — — 縣 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓室 市 市區 街																				
藥師/ 藥劑生						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									
主持藥師(生)執業年 資	計 年				藥局總面積				平方公尺				調劑室面積				平方公尺				
執 業 資 料	執業地點				執業場所名稱				執業起迄日期												
	市 市鎮		縣 鄉						年 月 日至 年 月 日												
	市 市鎮		縣 鄉						年 月 日至 年 月 日												
	市 市鎮		縣 鄉						年 月 日至 年 月 日												
藥 事 人 員 簡 歷	類別	姓名				出生年月日				身分證號				執業執照號碼							
醫事 服務 機構 其他基本資料	性質		<input type="checkbox"/> 私立合夥 <input type="checkbox"/> 私立獨資				單位所得稅統一編號														
	電話號碼				傳真號碼				負責人手機號碼												

藥局執照影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責藥事人員證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責藥事人員執業執照影本

正面

反面

其他藥事人員執業執照影本

正面

反面

負責藥事人員身分證影本

正面

反面

其他藥事人員身分證影本

正面

反面

其他藥事人員執業執照影本



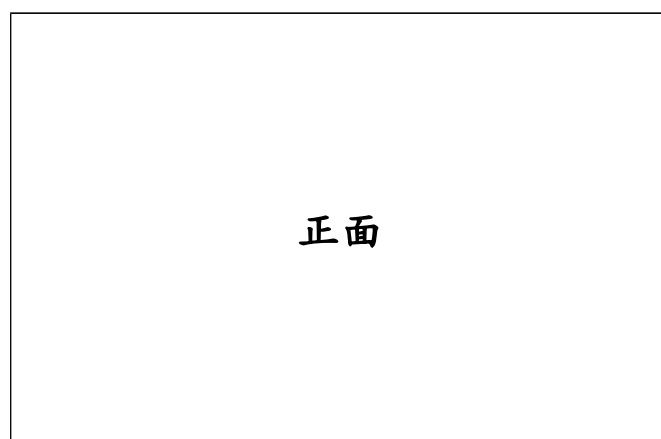
其他藥事人員執業執照影本



其他藥事人員身分證影本



其他藥事人員身分證影本



金融機構帳戶存摺封面影本（負責藥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

藥局設置應注意事項

- 一、藥局設立，應依藥事法之規定，由藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應及兼營藥品零售業務。
- 二、藥局總面積需有十八平方公尺以上，其空間應有調劑處所、候藥區、受理處方箋與非處方藥品供應區及藥事諮詢服務區，但不包含廁所及倉庫。
- 三、藥局具有之調劑處所，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。
- 四、藥局不得在醫療機構內，以隔間方式設置。
- 五、藥局申請設立，如與其他營業、執業單位或機構同一樓層或同一門牌地址，應具備各自獨立出入門戶及明顯區隔之條件，且藥事服務作業應獨立進行，民眾進出互不影響。
- 六、藥局設立應有明顯市招，如屬健保特約藥局，應有全民健康保險特約醫事服務機構標誌。

藥局調劑室相關照片

藥 局 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 藥 局 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

藥事人員固定執行調劑業務時段調查表

藥局代號：_____ 藥局名稱：_____

星期	時段	上午	下午	晚上
	姓名	時間：	時間：	時間：
星期一	藥事人員			
星期二	藥事人員			
星期三	藥事人員			
星期四	藥事人員			
星期五	藥事人員			
星期六	藥事人員			
星期日	藥事人員			

國定假日是否執行調劑業務（如元旦、端午、中秋）： 是 否

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:
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_____

- 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：藥局

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：

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)

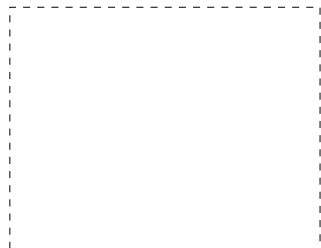
七、院所聯絡人姓名：

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。

(33930587)

**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