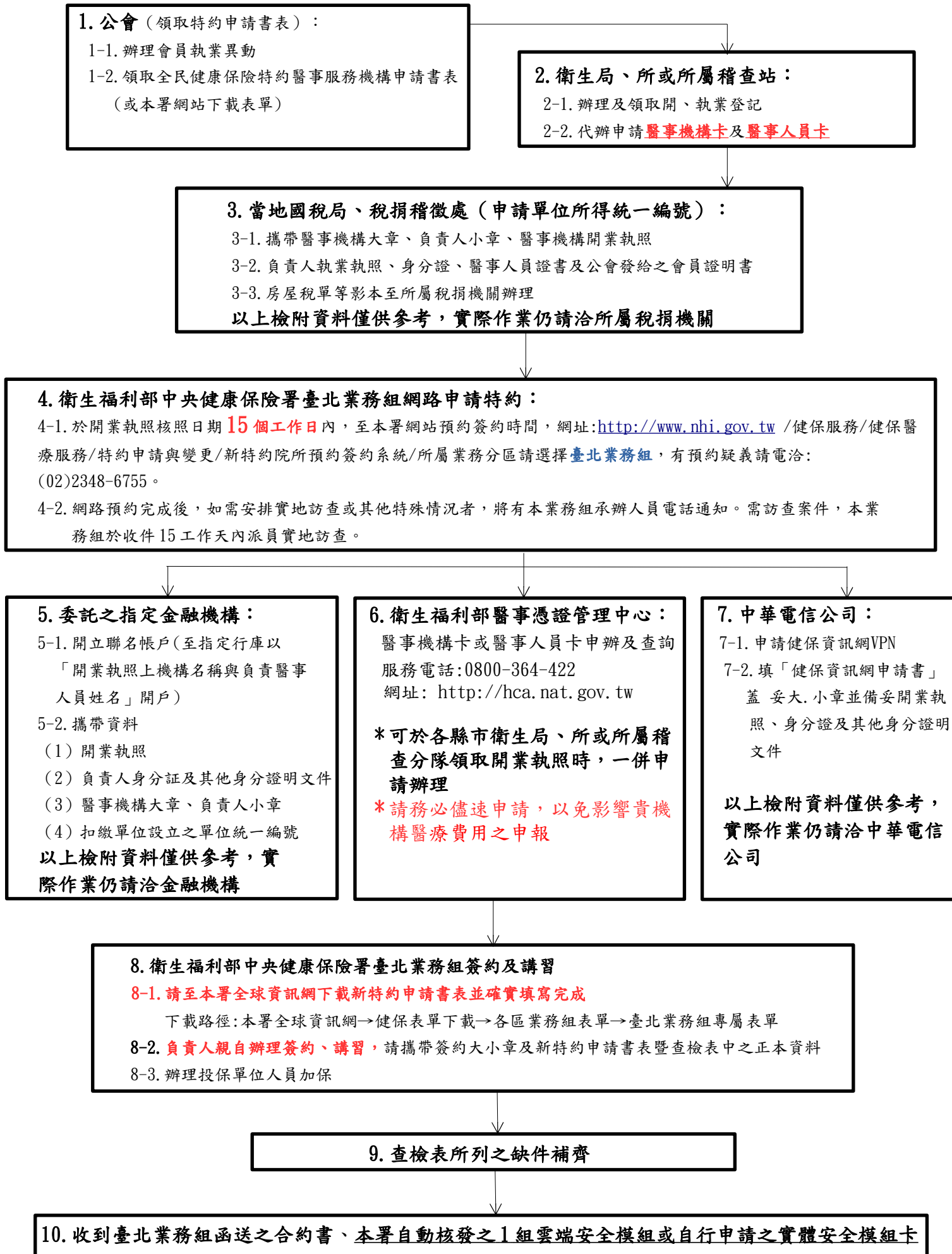




**醫事服務機構申請為
全民健康保險特約藥局基本資料**

**衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
中華民國 109 年 2 月**



醫事服務機構申請為全民健康保險特約藥局填表須知 108.8 修訂

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)，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。

※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

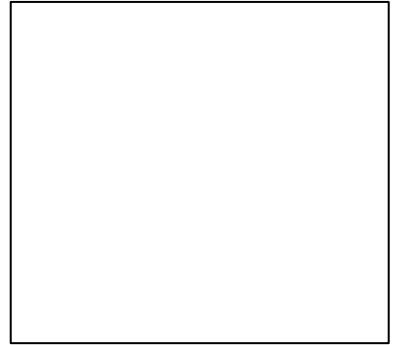
- 全民健康保險特約藥局基本資料表
 - 執業證明（含開業執照、執業執照、藥師（藥劑生）證書、及身分證正反面）註明與正本相符之影本文件各乙份
- 申請為全民健康保險特約藥局，請惠予受理。

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 樓 市 市區 街 段 巷 弄 號 室																				
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						年 月 日 至				年 月 日								
	縣		鄉																		
	市		市鎮						年 月 日 至				年 月 日								
縣		鄉																			
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



其他藥事人員執業執照影本



負責藥事人員身分證影本



其他藥事人員身分證影本



其他藥事人員執業執照影本

正面

其他藥事人員執業執照影本

正面

反面

反面

其他藥事人員身分證影本

正面

其他藥事人員身分證影本

正面

反面

反面

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	姓名	上午	下午	晚上
	時段	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 注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
傳真			
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

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

<p style="text-align: center;">郵局</p> <p>（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"/>）</p> <p>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"/></p> <p>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"/><input type="checkbox"/></p> <p>立約定書人（帳戶本人）姓名 _____</p>	<p style="text-align: center;">銀行（局、庫、社、會）</p> <p style="text-align: center;">分行（分局、支庫、分社）</p> <p>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"/></p> <p style="text-align: right;">簽章（請蓋存款戶印鑑）</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
<p>聯絡電話：（公）_____（宅）_____</p>	

(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。

109 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_____

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)

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行動網路申請表

- 一、特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____
- 二、特約層級別：醫學中心區域醫院地區醫院
基層診所其他 _____
- 三、參加本方案申裝之行動網路類型3G4G、月租費元。
- 四、參加起始日期： _____ 年 _____ 月。
- 五、因應何類業務需申請行動網路：
居家醫療照護服務
西醫醫療資源不足地區改善方案
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
其他(請敘明業務需求)
- 六、申請數量：1組2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料： _____)

七、聯絡人姓名： _____ 電話： _____ 傳真： _____
E-MAIL： _____

八、特約醫事服務機構及負責人印章(大小章)：
(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。)

本表填完請寄 (或交給簽約時醫務管理科窗口) _____ 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



**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