



**醫事服務機構申請為  
全民健康保險特約醫院基本資料**

**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**

**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) 負責人身分証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**

**壹：申請書部分**

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、申請為地區醫院、區域醫院或醫學中心者，應經衛生福利部醫院評鑑合格；未參加評鑑或經評鑑不合格者，應勾選基層醫療單位；新設立未及參加當年主管機關依法令規定辦理之評鑑醫院，得由保險人參照醫院評鑑基準，專案認定其特約保險給付等級。
- 三、申請醫院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。
- 四、醫院開業地址應與當地衛生主管機構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、醫院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、診療科別請依當地衛生主管機構核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄位請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、昂貴或具危險性設備欄請填衛生主管機構核准登記數，一、三、四、五項並請檢附行政院原子能委員會核發之設備及操作執照影本。
- 五、病床數欄請依當地衛生主管機構登記開放之病床數填寫。
- 六、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力師、語言治療人員及營養師十七類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附該等醫事人員執業執照、身分證正反面影本。
- 七、專科醫師資格欄位不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 八、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥證明文件影本；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。
- 九、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

**參：醫事服務機構病床及設備資料表部分**

- 一、本表各類病床之保險床數、收取病房費差額之病床床數及全院總床數欄之數字，應分別與「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」所列之病床床數相符（即本頁 A 欄床數應與次頁 A 欄床數相符，餘類推）。
- 二、急性病床保險病床比率及慢性病床保險比率欄請分別依表列公式計算之；保險病床比率應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 33 條之規定。
- 三、其他醫療設備請按實際數量填寫。

**肆：醫事服務機構病床床號資料表部分：**

- 一、各類病床均應符合醫療機構設置標準及本保險特殊病床設置基準。
- 二、急性病房、慢性病房除下列病床得收取病房費差額外，其餘病床及本保險給付病房費範圍內之特殊病床。均不得收取病房費差額：
  - （一）急性病房：每病室設二床以下之病床。
  - （二）慢性病房：每病室設二床以下之病床。
- 三、經濟病床為每病室設四床以上之病床。
- 四、急診處暫留床、洗腎治療床及嬰兒床，為本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得向保險對象收取病房費差額，惟其不納入保險病床比率計算。
- 五、病床床號編碼原則，請以十位元以內之英文字或數字編列，各類病床床號為病房費給付及保險對象住院自行負擔費用計算之依據，請確實填寫。
- 六、本表不敷使用時，請另以附頁說明；醫院得自行以電腦報表列印，惟請依式一行列印十病床號。

**伍、其他：**

- 一、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 二、須至各分區業務組辦理成立投保單位。
- 三、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 <b>北區業務組</b>	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 <b>中區業務組</b>	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 <b>南區業務組</b>	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 <b>高屏業務組</b>	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 <b>東區業務組</b>	花蓮市軒轅路三十六號	(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. 全民健康保險特約醫事服務機構申請書(詳5頁)
- 2. 全民健康保險特約醫事服務機構基本資料表(詳6頁)
- 3. 醫事機構大章、負責人小章
- 4. 醫事機構開業執照影本(詳7頁)
- 5. 負責醫師之醫師證書、專科證書及執業執照、身分證等影本；執業醫師執業執照、身分證及專科證書等影本(詳8-12頁)
- 6. 所聘藥事人員之執業執照及身分證(詳13頁)及調劑室相關照片(22-25頁)
- 7. 其他醫事人員(如護士、物理治療人員、檢驗師…等)之執業執照及身分證(詳14頁)
- 8. 應診時間表(詳15頁)
- 9. 醫事服務機構及負責人名義開立之金融機構帳戶；屬法人之特約醫事服務機構，則以醫事服務機構名稱開立戶名；屬公立醫事服務機構，則以機構名稱或國庫機關專戶名稱開立戶名(請填寫16頁費用劃撥轉帳資料卡及提供存摺封面影本黏貼於17頁)
- 10. 扣繳單位設立(變更)登記申請書(詳18頁)
- 11. 病床床號表(詳19頁)、病床及設備資料表(詳20頁)
- 12. E-mail address 電子郵件地址(詳26頁)
- 13. 健保卡安全模組申請表(詳27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28頁)
- 14. 醫事機構看診時段及自費項目價目表(詳29-30頁)
- 15. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳31-32頁)
- 16. 申請辦理住院診療業務之醫院，除新設立者外，應檢附評鑑等級證明文件影本
- 17. 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)；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及法院登記之證明文件影本(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。**

※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，請洽臺北業務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院申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具

- 全民健康保險特約醫院基本資料表
- 執業證明（含開業執照、執業執照、醫師證書及身分證正反面）註明與正本相符之影本文件
- 「全民健康保險特約醫院病床及設備資料表」及「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」各乙份

申請為全民健康保險特約醫院，請惠予受理。

申請辦理業務：

- 1. 門診診療
- 2. 住院診療
- 3. 血液透析業務
- 4. 分娩
- 5. 復健業務：物理治療職能治療  
語言治療
- 6. 精神疾病患者居家治療業務
- 7. 成人預防保健「健康加值」方案
- 8. 兒童預防保健
- 9. 兒童牙齒預防保健
- 10. 婦女子宮頸抹片檢查
- 11. 孕婦產前檢查
- 12. 婦女乳房X光攝影檢查
- 13. 口腔黏膜檢查
- 14. 定量免疫法糞便潛血檢查

申請類別：

- 1. 醫學中心
- 2. 區域醫院
- 3. 地區醫院
- 4. 基層醫療單位

型態別：

- 01 綜合醫院
- 02 醫院
- 03 專科醫院
- 04 精神科醫院
- 05 特殊科醫院
- 06 慢性醫院
- 11 牙醫醫院
- 21 中醫綜合醫院
- 22 中醫醫院

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請醫院名稱：

醫院印信

負責醫師(人)：

簽章

醫院地址：

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

負責醫師戶籍地址：

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

負責醫師通訊地址：

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

中 華 民 國                      年                      月                      日

# 衛生福利部中央健康保險署特約醫院基本資料表

醫院名稱												代號											
開業執照地址		郵遞區號		縣市		鄉鎮市區		路街		段巷弄		號		樓室									
負責醫師		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											
診療科別	01 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科		06 <input type="checkbox"/> 骨科		11 <input type="checkbox"/> 皮膚科		81 <input type="checkbox"/> 麻醉科		40 <input type="checkbox"/> 牙科														
	02 <input type="checkbox"/> 內科		07 <input type="checkbox"/> 神經外科		12 <input type="checkbox"/> 神經科		82 <input type="checkbox"/> 放射線科		60 <input type="checkbox"/> 中醫														
	03 <input type="checkbox"/> 外科		08 <input type="checkbox"/> 泌尿科		13 <input type="checkbox"/> 精神科		83 <input type="checkbox"/> 病理科																
	04 <input type="checkbox"/> 小兒科		09 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科		14 <input type="checkbox"/> 復健科		84 <input type="checkbox"/> 核子醫學科																
	05 <input type="checkbox"/> 婦產科		10 <input type="checkbox"/> 眼科		15 <input type="checkbox"/> 整形外科		00 <input type="checkbox"/> 一般診療																
醫事人員數	A 醫師		F 護理師		Q 物理治療師		V 職能治療生																
	B 中醫師		G 護士		R 職能治療師		Z 營養師																
	C 牙醫師		H 助產士		S 醫用放射線技術師(生)		1 聽力師																
	D 藥師		J 醫事檢驗師		U 物理治療生		5 語言治療師																
	E 藥劑生		K 醫事檢驗生		V 呼吸治療師																		
昂貴或具有危險性設備	1. 電腦斷層攝影掃描儀		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無		5. 高震波腎臟碎機		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無																
	2. 放射性同位素診斷設備		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無		6. 核磁共振斷層掃描儀		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無																
	3. 放射性同位素治療設備		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無		7. 準分子雷射血管成形術系統		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無																
	4. 高能粒子治療設備		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無		8. 冠狀動脈旋轉研磨鑽		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無																
醫院病床數	急性病床	01 一般病床		04 洗腎治療床		急性病床小計	慢性病床	01 一般病床		慢性病床小計	總計												
		02 加護病床		06 嬰兒床				02 加護病床															
		03 燒傷病床		07 急診觀察床				03 燒傷病床															
		08 精神病床		13 其他特殊病床				08 精神病床															
		05 嬰兒病床 (新生兒中重度病)		其他																			
註：醫院病床數以醫院於衛生局登記開放之病床數為主																							
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月日	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書號碼	專科證書有效起始日															
醫事其他服務本機構	性質	1 <input type="checkbox"/> 公立 2 <input type="checkbox"/> 財團法人 3 <input type="checkbox"/> 社團法人 4 <input type="checkbox"/> 私立(合夥) 5 <input type="checkbox"/> 私立(獨資)																					
	本醫院(代號： _____ )自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起承接 _____ 醫院(代號： _____ )之病歷。																						
	單位所得稅統一編號																						
	電話號碼					傳真號碼					負責人手機號碼												

開業執照影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)



負責醫師之醫師證書正面影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責醫師之專科醫師證書影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

負責醫師執業執照影本



負責醫師身分證影本



執業醫師執業執照影本



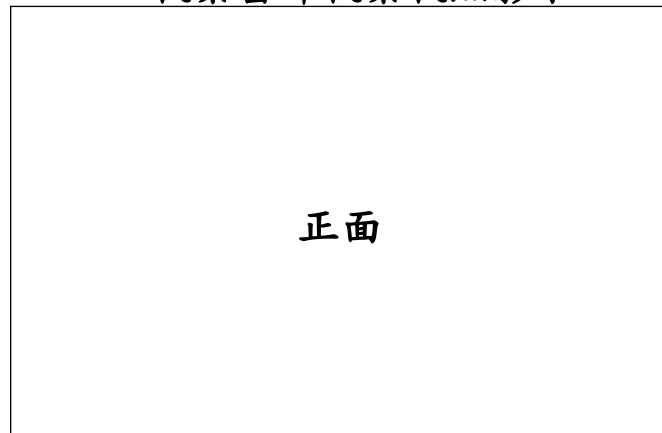
執業醫師身分證影本



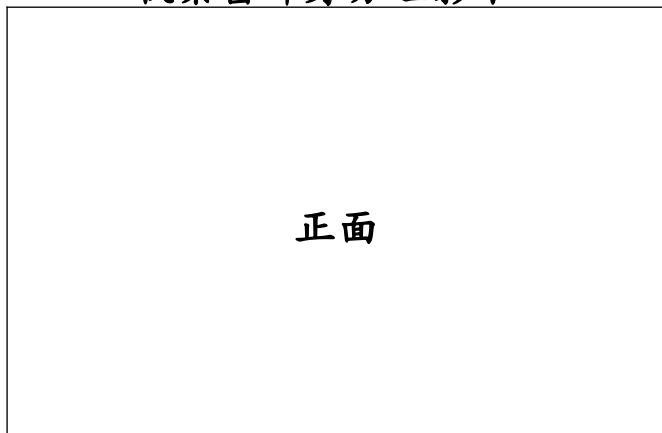
執業醫師執業執照影本



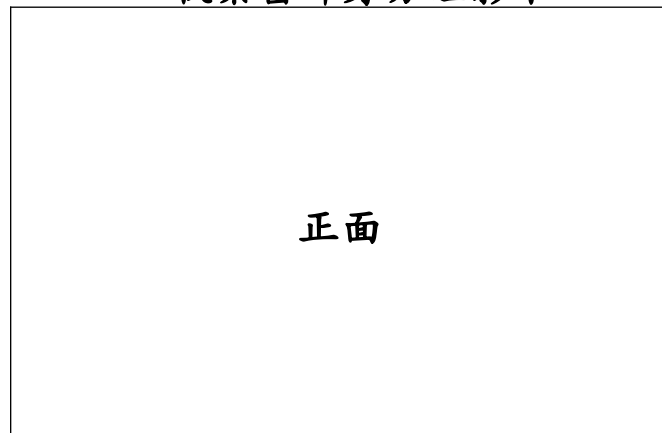
執業醫師執業執照影本



執業醫師身分證影本



執業醫師身分證影本

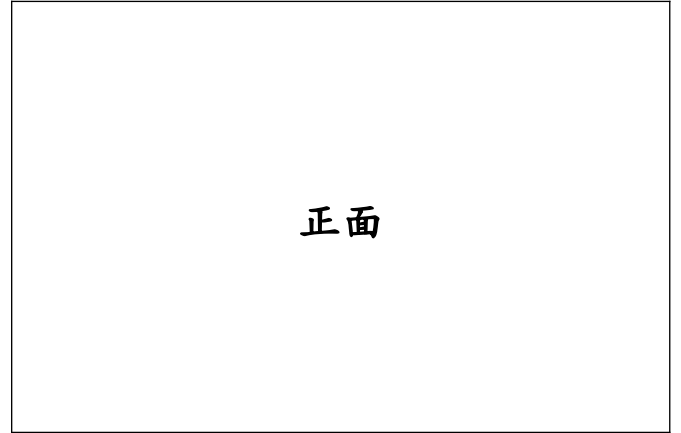


執業醫師之專科醫師證書影本黏貼處 (請縮成 A4 浮貼)

藥事人員執業執照影本



藥事人員執業執照影本



藥事人員身分證影本



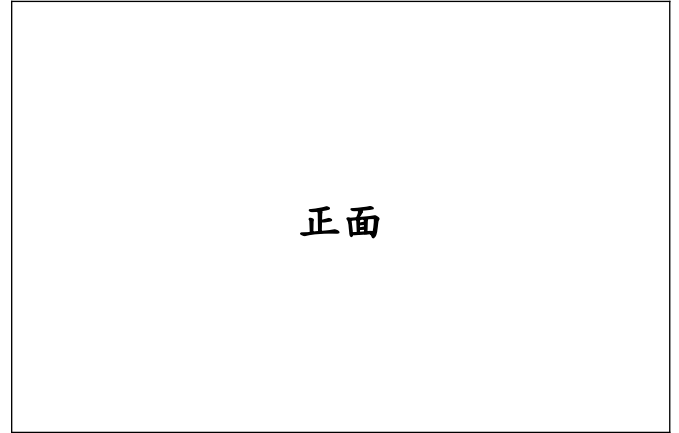
藥事人員身分證影本



其他醫事人員執業執照影本



其他醫事人員執業執照影本



其他醫事人員身分證影本



其他醫事人員身分證影本



# 醫療院所應診時間調查表

醫事機構代號：\_\_\_\_\_ 醫事機構名稱：\_\_\_\_\_

	時段	上午	晚上	晚上
	姓名	時間：	時間：	時間：
星期一	醫師			
	藥師			
星期二	醫師			
	藥師			
星期三	醫師			
	藥師			
星期四	醫師			
	藥師			
星期五	醫師			
	藥師			
星期六	醫師			
	藥師			
星期日	醫師			
	藥師			





金融機構帳戶存摺封面影本（負責醫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



# 全民健康保險特約醫院病床及設備資料表

醫院代號：\_\_\_\_\_ 醫院名稱：\_\_\_\_\_

急性 病 床	病床分類	一般病床	加護病床	燒傷病床 (含燒傷加護病床)	精神病床	嬰兒病床	其他特 殊病床	合計
	保險病床 床 數	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
	收取病房費 差額之病床 床數	(H)			(I)			(J)
	全 院 總 床 數	(01)=(A)+(H)	(02)=(B)	(03)=(C)	(08)=(D)+(I)	(05)=(E)	(13)=(F)	(K)=(G)+(J)
	急 性 病 床 保險病床百分比	$(L) = \frac{\text{各類急性保險病床床數合計 (G)}}{\text{各類急性病床全院總床數合計 (K)}} \times 100\%$						(L)

慢 性 病 床	病床分類	一般病床	精神病床	結核病床	漢生病床	合計
	保險病床 床 數	(M)	(N)	(O)	(P)	(Q)
	收取病房費差 額之病床床數	(R)	(S)	(T)	(U)	(V)
	全 院 總 床 數	(10)=(M)+(R)	(09)=(N)+(S)	(11)=(O)+(T)	(12)=(P)+(U)	(W)=(Q)+(V)
	慢 性 病 床 保險病床百分比	$(X) = \frac{\text{各類慢性保險病床床數合計 (G)}}{\text{各類慢性病床全院總床數合計 (K)}} \times 100\%$				(X)

其 他 醫 療 設 備	01 <input type="checkbox"/> 血液透析機 _____ 臺			07 <input type="checkbox"/> 高壓氧 _____ 臺			13 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機 _____ 臺		
	02 <input type="checkbox"/> 血管造影設備 _____ 臺			08 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀 _____ 臺			14 <input type="checkbox"/> 彩色超音波 _____ 臺		
	03 <input type="checkbox"/> 眼科鐳射機 _____ 臺			09 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備 _____ 臺			15 <input type="checkbox"/> 心導管設備 _____ 臺		
	04 <input type="checkbox"/> 超音波 _____ 臺			10 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀 _____ 臺			16 <input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石 _____ 臺		
	05 <input type="checkbox"/> 內視鏡 _____ 臺			11 <input type="checkbox"/> 血管攝影 X 光機 _____ 臺			17 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機 _____ 臺		
	06 <input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機 _____ 臺			12 <input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影 _____ 臺					

## 衛生福利部中央健康保險署聘用藥事人員之醫院應注意事項：

- (一) 藥事人員執業執照正反面影本。
  - (二) 藥事人員每週排班表。
  - (三) 於貴院所加保證明。
  - (四) 親自執業（不定時訪查時才查證）。
  - (五) 醫院調劑室相關照片：請貼於22~25頁。
    - 1. 醫院內全貌。
    - 2. 調劑室外貌。
    - 3. 處方藥品排列情形。
    - 4. 加鎖之櫥櫃。
    - 5. 診療範圍內之洗水槽（不得設在洗手間或櫥房）。
    - 6. 滅火設備。
    - 7. 藥事人員於醫院執業之照片。
  - (六) 調劑部門，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。
- 以上資料均符合後，本署確認其確實執業後始登錄。

醫院調劑室相關照片

醫院內全貌

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 醫 院 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

## 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  <b>注意：</b> (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"/> <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: <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_____
<b>單位主管</b>	<b>覆核</b>	<b>電腦建檔</b>	

- 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	銀行(局、庫、社、會)
(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"/> )	分行(分局、支庫、分社)
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"/>	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"/>
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"/> <input type="checkbox"/>	
立約定書人(帳戶本人)姓名 _____	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  
育嬰留職停薪之被保險人 請填此欄位

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。