



**醫事服務機構申請為
全民健康保險特約助產所基本資料**

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

中華民國 107 年 3 月



醫事服務機構申請為全民健康保險特約助產所填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄位勾選辦理之業務，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、助產所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。
- 三、助產所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分

- 一、助產所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、負責助產士執業年資欄請填最近二年執業資料。
- 三、醫事人員簡歷欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 四、醫事人員類別欄請填助產士、護理師或護士，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 五、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。
- 六、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。
- 七、觀察床及嬰兒床請以十位元以內英文字或是數字編列，填列於全民健康保險特約助產所病床床號資料表。

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

申請為全民健康保險特約醫事服務機構應備文件查檢表

107.3 製

我已備妥下列中之資料：

- 1. 全民健康保險特約助產所申請書(詳 4 頁)
- 2. 全民健康保險特約助產所基本資料表(詳 5 頁)
- 3. 全民健康保險特約助產所病床床號資料表(詳 6 頁)
- 4. 醫事機構大章、負責人小章
- 5. 助產治療所開業執照影本 (詳 7 頁)
- 6. 負責人員及其他人員執業執照、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)登記申請書影本(詳 12 頁)
- 9. E-mail address 電子郵件地址(詳 13 頁)
- 10. 健保卡安全模組申請表(詳 14 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 15 頁)
- 11. 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(詳 16-17 頁)
- 12. 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。

※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. 助產所申請書 | <input type="checkbox"/> 2. 助產所基本資料 | <input type="checkbox"/> 3. 助產所開業執照影本 |
| <input type="checkbox"/> 4. 助產所服務時間表 | <input type="checkbox"/> 5. 身分證正反面影本 | <input type="checkbox"/> 6. 執業執照正反面影本 |
| <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"/> 14. 法院公證之合夥文件影本 | <input type="checkbox"/> 15. E-MAIL |

簽約日期：

~ 3 ~

全民健康保險特約助產所申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具

全民健康保險特約助產所基本資料表乙份

執業證明（含開業執照、執業執照、助產士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助產所，請惠予受理。

申請類別：08助產所

申請辦理業務：F婦女子宮頸抹片檢查之子宮頸抹片採樣

G孕婦產前檢查

I分娩

產後檢查

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請助產所名稱：

機構印信



負責助產士：

簽章：

助產所地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

負責助產士戶籍地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

負責助產士通訊地址：

縣(市) 鎮鄉區(市) 村(里) 鄰
街路 段 巷 弄 號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約助產所基本資料表

助產所名稱											代號										
開業執照地址	縣市		鄉鎮市區			路街		段巷弄		號		樓室									
負責助產士	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											
負責助產士執業年資					計 年																
執業資料	執業地點		執業場所名稱					執業起迄日期													
	市縣	市鎮鄉						年 月 日至 年 月 日													
	市縣	市鎮鄉						年 月 日至 年 月 日													
	市縣	市鎮鄉						年 月 日至 年 月 日													
助產所設備	產房		<input type="checkbox"/> 有____間 <input type="checkbox"/> 無			產台		<input type="checkbox"/> 有____台 <input type="checkbox"/> 無													
	嬰兒床		<input type="checkbox"/> 有____間 <input type="checkbox"/> 無			觀察床		<input type="checkbox"/> 有____台 <input type="checkbox"/> 無													
醫事人員資料	類別	姓名	出生年月日			身分證號			執業執照號碼												
醫其他服務本機構料	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								

全民健康保險特約助產所病床床號資料表

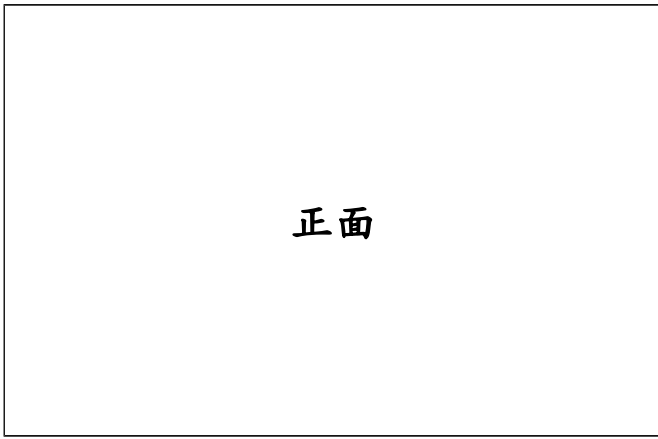
助產所代號：_____ 助產所名稱：_____

病床分類	病 床 床 號				
急診處暫留床 (觀察床)					
嬰 兒 床					

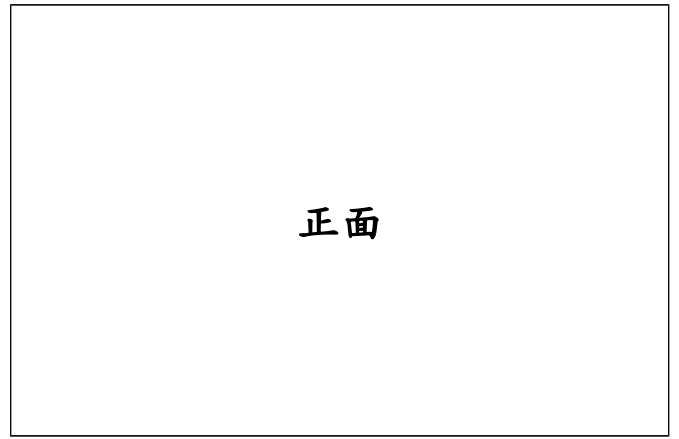
助産所開業執照影本黏貼處（請縮成A4浮貼）

負責助產士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																	靠右填寫左邊補零 (帳號不足14碼前面請補0)	
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																	靠右填寫左邊補零 (帳號不足14碼前面請補0)	
	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			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: <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	

- 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。