

醫事服務機構申請辦理全民健康保險居家照護業務填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請居家照護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、居家照護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：居家照護機構基本資料表部分

- 一、居家照護機構代號請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、負責人執業年資欄請填寫最近2年執業資料。
- 三、醫事人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 四、醫事人員類別欄請填醫師、護理師或護士，並檢附執業執照正反面影本。
- 五、居家照護機構性質勾選合夥，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。

參：其他：

- 一、申請書內之居家照護機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，寄收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 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
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 台北業務組 TEL：02-25232388	臺北市許昌街17號 (壽德大樓)7樓至9樓
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 TEL：03-4339111	桃園縣中壢市中山東路3段 525號
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 TEL：04-22583988	臺中市西屯區市政北一路66 號(國雄大樓6樓)
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 TEL：06-2245678	臺南市公園路96號
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 TEL：07-3233123	高雄市九如二路157號
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組 TEL：03-8332333	花蓮市軒轅路36號

衛生福利部中央健康保險署中區業務組全民健康保險新特約收件查檢表

機構代號：_____ 名稱：_____

檢 附 文 件	西 醫		中 醫 牙 醫	藥 局	醫 事 檢 驗 所	醫 事 放 射 所	居 家 照 護	護 理 之 家	助 產 機 構	精 神 復 健	物 理 治 療 所	職 能 治 療 所
	醫 院	診 所										
1.合約書印鑑卡												
2.特約申請書												
3.特約基本資料表												
4.床數、床號資料表			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.開業執照影本												
6.負責醫事人員身分證正、反面影本												
7.負責醫事人員執業執照正、反面影本												
8.醫事人員執業執照正、反面影本(另聘有物理、 職能人員需備有執業2年以上之資格證明)												
9.醫師專科證書影本				—	—	—	—	—	—	—	—	—
10.醫療費用轉帳資料卡												
11.存摺帳號及分行別影本												
12.統一編號編配通知書影本												
13.新投保單位成立申請書 健保費繳教： <input type="checkbox"/> 轉帳代繳 <input type="checkbox"/> 現金繳納												
14.儀器或設備資料表(含購入發票或證明)				—			—	—	—	—		
15.中央衛生主管機關評鑑合格證明 (新設立未及參加評鑑者，由保險人專案認定)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16.讀卡設備證明、安全模組申請表、本保險醫療 網路(VPN)申請書												
17.醫療費用收據及藥品明細格式樣張												
18.電子信箱及執業時段調查表												
19.合夥法院公證文件 (醫事服務機性質勾選合夥者)												

※上開資料影本皆請以 A4 紙張影印。

※為維護 貴機構權益，請負責醫事人員依序備妥相關文件親自洽辦簽約事宜。

※醫院需檢附全院平面配置圖乙份。

表單編號：QR-UK0F-003-F16-A

負責人 ID：

HMAI2000S01

H3000：

醫事機構基本資料檔正確無誤

H3500：

複核核章：

H1000：

H2000：

R5001：

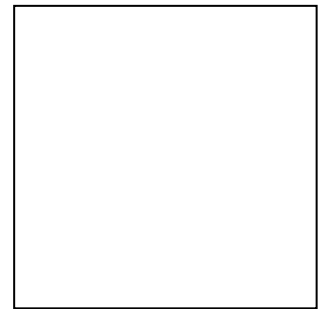
全民健康保險特約醫事服務機構辦理居家照護業務申請書

茲擬申請辦理全民健康保險居家照護業務，特檢具全民健康保險特約居家照護機構基本資料表乙份及負責人身分證正反面、開業執照、執業執照註明與正本相符之影本文件各乙份，請惠予受理。

此 致

衛生福利部中央健康保險署

申請居家照護機構名稱：



(機構印信)

負責人：

簽章：

居家照護機構地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街
路 巷 弄 號 樓之
段

負責人戶籍地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街
路 巷 弄 號 樓之
段

負責人通訊地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街
路 巷 弄 號 樓之
段

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約居家照護機構基本資料表

第一聯送健保署 第二聯衛生局(所)存查

居家照護機構名稱											代號										
開業執照地址	郵 號	縣市	遞 市鎮鄉區	區 村里	號	□□□□□ 街路 段 巷 弄															
負責人				出生年月	年	月	日	最近開業日期	年 月 日												
身分證號									最近開業執照號碼												
負責人執業年資	計 年																				
執業經歷	執業地點		執業場所名稱										執業起迄日期								
	縣市	市											年 月 日至 年 月 日								
	鎮鄉區												年 月 日至 年 月 日								
醫事人員簡歷	類別	姓名			出生年月			身分證號				執業執照號碼									
					年 月 日																
					年 月 日																
					年 月 日																
					年 月 日																
					年 月 日																
<p>一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。</p> <p>二、該 <input type="checkbox"/>機 構<input type="checkbox"/>負責人 <input type="checkbox"/>未涉有<input type="checkbox"/>涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前<input type="checkbox"/>已<input type="checkbox"/>未結案。</p> <p>三、該院所違規事實概要：</p>																					
<p>縣市（政府）衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)</p>																					
<p>中 華 民 國 年 月 日</p>																					
居家其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 私立合夥		單位所得稅統一編號																本生欄查由核衛章	
		<input type="checkbox"/> 私立獨資		電話號碼																	
						傳真號碼															

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
醫事服務機構名稱									
負責人姓名									
印鑑建立/變更日期	年 月 日								
合約書編號	No								
請蓋 合約書 印鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)								
	負責醫事人員印鑑章 (小章)								

表單編號：UK0-003-F11-V2

全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱： _____

醫事機構代號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 所得單位扣繳統一編號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

往來行庫局	總機構名稱									代號			
	分支機構名稱												
	存款種類	<input type="checkbox"/> 支票存款			<input type="checkbox"/> 活期存款				<input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款				
	戶名												
	帳號 <small>(請靠右填寫左邊補零)</small>												
往來郵局	戶名												
	郵政劃撥帳號												
			郵局					支局					
	存簿儲金	局號											
局名													
郵政存簿儲金帳號												-	

指定金融機構名稱：

- | | | | |
|--------------|--------------|----------------|--------------|
| 004 台灣銀行 | 005 台灣土地銀行 | 006 合作金庫 | 007 第一商業銀行 |
| 008 華南商業銀行 | 009 彰化商業銀行 | 012 台北富邦銀行 | 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 |
| 812 台新國際商業銀行 | 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 |

特約醫事服務機構合約印鑑	負責醫事人員印鑑

全民健康保險保險憑證讀卡設備之安全模組卡申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位	<input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 聯合服務中心或聯絡辦公室 <input type="checkbox"/> 投保單位 <input type="checkbox"/> 聯合門診中心 <input type="checkbox"/> 本署或各分區業務組 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所 <input type="checkbox"/> 其他		
申請單位名稱			
申請單位代號			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			
申請原因及應檢附資料	<input type="checkbox"/> 新特約 <input type="checkbox"/> 1. 新特約(附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人之新特約(附讀卡設備轉讓證明及轉讓之特約醫事服務機構之安全模組卡) <input type="checkbox"/> 增購讀卡設備(附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 毀損換發 (附毀損之安全模組卡及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發(附郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發,原申請日期		
申請發卡數量	(份)		
※ 若申請原因為"毀損換發"或"遺失補發",請務必在下列欄位逐一填寫"毀損"或"遺失"的安全模組卡編號,毀損換發檢還安全模組卡,以利本署後續處理避免貴單位權益受損。謝謝! (請以正楷填寫,字體請勿潦草)			
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____			
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位:	業務組		核准數量: _____ (份)
承辦人	複核	單位主管	不核准原因:
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

備註：1. 若遺失或毀損請檢附郵政劃撥收據影本

(戶名：衛生福利部中央健康保險署 帳號：18089434 費用500元/份)

2. 本申請表請郵寄衛生福利部中央健康保險署中區業務組，地址：407臺中市西屯區市政北一路66號6樓，電話：04-22583988

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組卡裝妥，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卡。

(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)。

轉讓書

本機構轉讓健保 I C 卡讀卡機

台

(牌，型號： 序號：)

予

醫事機構代號：

負責醫事人員：

特此證明。

此致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

轉讓人

醫事機構名稱： (大章用印)

醫事機構代號：

負責醫事人員： (小章用印)

中 華 民 國 年 月 日

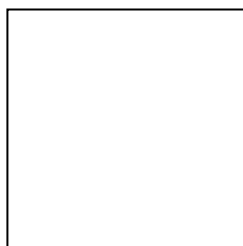
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

此 致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組



(合約院所印信)

(合約負責人印章)

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約醫事機構
電子信箱、掛號費及執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

電子信箱【E-mail address】：

門診掛號費：

急診掛號費：

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

固定執業時段：(請勾選)

特定休診日：(例如春節初一到初五)

註：如電子信箱、掛號費及執業時段資料有變更，請即時至「VPN-醫務行政」自行修改

表單編號：UK0-003-F22-V1

表單編號：D06-C21-V1