

醫事服務機構申請為全民健康保險特約物理治療所填表須知

壹：申請書部分

- 一、最近5年內，在教學醫院執業2年以上，或檢具繼續教育證明文件者需執業2年以上且最近2年內曾接受中華民國物理治療學會認可之繼續教育達40小時以上。
- 二、申請物理治療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、物理治療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、物理治療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、負責物理治療師執業年資欄請填寫最近2年執業經歷。
- 三、物理治療空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附物理治療空間平面圖。
- 四、物理治療人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、物理治療人員類別欄請填物理治療師或物理治療生，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 六、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。
- 七、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、本業務組轄區（臺中市、彰化縣、南投縣）之醫事服務機構，請依衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約收件查檢表備妥相關文件後，至本署全球資訊網（www.nhi.gov.tw）線上預約登錄系統預約簽約時間。當日請醫事服務機構負責人攜帶身分證正本、機構印鑑、負責人印章及上開文件親自至「臺中市西屯區市政北一路66號6樓」本業務組醫務管理科辦理合約書簽約手續及業務簡介事宜。
- 二、醫事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，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。

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.合夥法院公告文件 (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：

表單編號：UK0-003-F07-V2

全民健康保險特約物理治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險物理治療業務，特檢具「全民健康保險特約物理治療所基本資料表」，繼續教育證明文件註明與正本相符之影本，執業證明（含開業執照、執業執照及身分證正反面）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物理治療所，請惠予受理。

申請辦理業務：

申請類別：

型態別：

復健業務

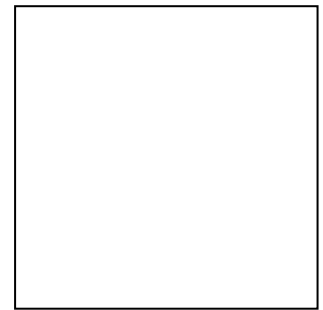
A物理治療所

物理治療所

此 致

衛生福利部中央健康保險署

申請物理治療所名稱：



(物理治療所印信)

負責物理治療師：

簽章

物理治療所地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

負責物理治療師戶籍地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

負責物理治療師通訊地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約物理治療所基本資料表

物理治療所名稱											代號										
開業執照地址	郵 弄 號	縣市	遞 市鎮鄉區	區 村里	號					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	街路	段	巷					
負責物理治療師				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											
負責物理治療師執業年資			計		年		物理治療空間面積					計		坪							
執業經歷	執業地點		執業場所名稱					執業起迄日期													
	縣市	市鎮鄉區						年 月 日至 年 月 日													
	縣市	市鎮鄉區						年 月 日至 年 月 日													
物理治療所設備	簡單治療設備		<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					複雜治療設備		<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)											
	中度治療設備		<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					物理治療評估		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
物理治療人員資料	類別	姓名		出生年月日			身分證號			執業執照號碼											
				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"/>物理治療所<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>																					
醫事服務機構其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 私立合夥		單位所得稅統一編號								本欄務須由衛生局查驗核章									
		<input type="checkbox"/> 私立獨資		電話號碼																	
		傳真號碼																			

全民健康保險特約物理治療所設備資料表

特約醫療機構代號：

特約醫療機構名稱：

填表日期_____年____月____日

物理治療所設備：

是否設有獨立之物理治療室 是 否；如有，面積_____平方公尺 _____ 坪

有無下列物理治療設備：

簡單治療

<input type="checkbox"/> 頸部牽引裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 微波治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 冷敷裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 向量干擾波治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 熱敷裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 經皮神經電刺激器	數量：
<input type="checkbox"/> 紅外線照燈	數量：	<input type="checkbox"/> 高伏特刺激器	數量：
<input type="checkbox"/> 石蠟浴裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 低能雷射治療器	數量：
<input type="checkbox"/> 超音及附件波治療器	數量：	<input type="checkbox"/> 紫外線照燈及附件	數量：
<input type="checkbox"/> 短波治療器	數量：	<input type="checkbox"/> 磁場治療器	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 促進循環波動治療器	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/>	數量：

中度及複雜治療

<input type="checkbox"/> 肌肉電刺激器及附件	數量：	<input type="checkbox"/> 血壓計	數量：
<input type="checkbox"/> 固定或活動式上肢水療裝	數量：	<input type="checkbox"/> 姿勢矯正器	數量：
<input type="checkbox"/> 固定或活動式下肢水療裝	數量：	<input type="checkbox"/> 治療鏡	數量：
<input type="checkbox"/> 哈博式全身水療槽	數量：	<input type="checkbox"/> 治療球	數量：
<input type="checkbox"/> 可調式三節治療床組	數量：	<input type="checkbox"/> 站立架	數量：
<input type="checkbox"/> 懸吊床組	數量：	<input type="checkbox"/> 平衡桿	數量：
<input type="checkbox"/> 牽拉固定帶或棍	數量：	<input type="checkbox"/> 搖晃板	數量：
<input type="checkbox"/> 滑輪重量組	數量：	<input type="checkbox"/> 助行器	數量：
<input type="checkbox"/> 肩輪	數量：	<input type="checkbox"/> 等速肌力訓練系統	數量：
<input type="checkbox"/> 指梯	數量：	<input type="checkbox"/> 急救車	數量：
<input type="checkbox"/> 滑板 <input type="checkbox"/> 腕部訓練組	數量：	<input type="checkbox"/> 心電圖監視系統	數量：
<input type="checkbox"/> 砂袋或啞鈴組	數量：	<input type="checkbox"/> 血氧飽和偵測儀	數量：
<input type="checkbox"/> 阻力橡皮帶組	數量：	<input type="checkbox"/> 三節式姿位引流床或一般治療床組	數量：
<input type="checkbox"/> 手臂肌力訓練器	數量：	<input type="checkbox"/> 簡易肺功能測量儀	數量：
<input type="checkbox"/> 股四頭肌訓練器	數量：	<input type="checkbox"/> 吸吐氣口壓測量儀	數量：
<input type="checkbox"/> 手部內、外旋訓練裝置	數量：	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練皮帶、球	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 節拍器	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 斜坡道	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：	<input type="checkbox"/> 樓梯	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 障礙板	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 治療床組	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 治療鋪墊	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 分隔欄架組	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 手動或電動式傾斜床	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 腳踏車	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 手搖車	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 跑步機	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 計時器	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/> 平行桿走道	數量：
	數量：	<input type="checkbox"/>	數量：

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>		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

往 來 郵 局	戶名					
	郵政劃撥帳號	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
	郵局 支局					
	存 簿 儲 金	局號				
局名						
郵政存簿儲金帳號		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	—

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

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

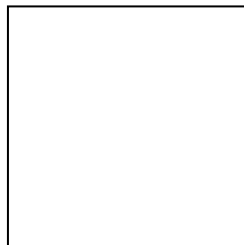
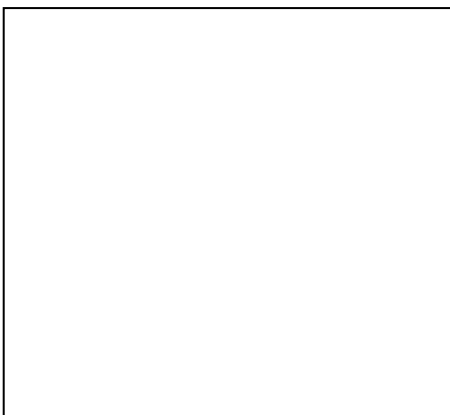
醫事機構代號：

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