

醫事服務機構申請為全民健康保險特約精神復健業務填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請精神復健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、精神復健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。
- 三、申請辦理本業務之醫事服務機構應檢附經衛生主管機關核發之精神復健機構開業執照影本。

貳：全民健康保險特約精神復健機構基本資料表部分

- 一、精神復健機構代號請向當地衛生主管申請後填入。
- 二、專業人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 三、專業人員簡歷表請填專兼任之管理人員、職能治療人員、精神醫療社會工作人員、臨床心理人員或護理人員，並檢附相關證照影本。
- 四、精神復健機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證之合夥證明文件。
- 五、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、申請書內之全民健康保險特約精神復健機構基本資料表，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、須至各分區業務組辦理成立投保單位。
- 四、特約核定日(完成特約之函文日期)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)，惟前項期間末日為例假日者，順延之。
- 五、醫事服務機構與本保險人特約核定後，本署自動核發 1 組雲端安全模組。
- 六、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 5 年內，未有第 38 條、第 39 條、第 40 條或第 47 條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起 15 個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。
- 七、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) |

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 健保費繳款： <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.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 (醫事服務機構性質勾選合夥者) | | | | | | | | | | | | |

※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。

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：

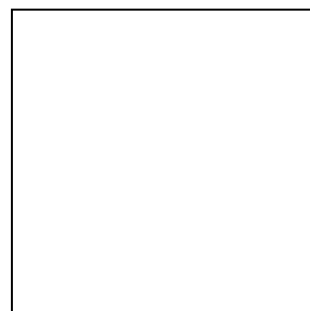
全民健康保險特約醫事服務機構辦理精神復健業務申請書

茲擬申請辦理全民健康保險精神復健業務，特檢具全民健康保險特約復健機構基本資料表乙份及負責人開業執照、執業執照、身分證正反面影本等文件各乙份，請惠予受理。

申請辦理業務： 申請類別： 型態別：
L 社區復健中心 7 精神科社區復健 8 社區復健中心
M 康復之家 9 康復之家

此 致
衛生福利部中央健康保險署

申請精神復健機構名稱：



(機構印信)

負責人：

簽章：

精神復健機構地址： 縣市段 市鎮鄉區 巷 村里弄 號 街路樓之

負責人戶籍地址： 縣市段 市鎮鄉區 巷 村里弄 號 街路樓之

負責人通訊地址： 縣市段 市鎮鄉區 巷 村里弄 號 街路樓之

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約精神復健機構基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所)存查

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|----|--|--|-------------|--|--|-------------|--|----------|-----------|--|---|-------------|--|--|--|--|--|-------------|
| 精神復健機構名稱 | | | | | | | | | | | 代號 | | | | | | | | | | |
| 開業執照地址 | 郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 縣 市鎮 村 街 市 鄉區 里 路 段 巷 弄 號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 服務類別 | <input type="checkbox"/> 社區復健中心 <input type="checkbox"/> 康復之家 | | | | | | | | | | 總服務量 | | | 人 | | | | | | | |
| 專業人員簡歷 | 職稱(專兼任) | | 姓名 | | | 出生年月 | | | 身分證號 | | | 學歷或執業執照號碼 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 未涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 未結案。 三、該院所違規事實概要： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中 華 民 國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神復健機構其它基本資料 | 性質 | 1. <input type="checkbox"/> 公立 2. <input type="checkbox"/> 財團法人 3. <input type="checkbox"/> 私立(<input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 獨資) 4. <input type="checkbox"/> 醫療機構附設 | | | | | | | | | | 單位所得稅統一編號 | | | | | | | | | 本生欄局務查須驗由核章 |
| | | | | | | | | | | | | 電話及手機號碼 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 傳真號碼 | | | | | | | | | |

全民健康保險特約精神復健機構基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所)存查

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|------|------|--|-----------------------------------|------|--|--------|-----------|----------|-----------|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| 精神復健機構名稱 | | | | | | | | | | | 代號 | | | | | | | | | | |
| 開業執照地址 | 郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 縣 市鎮 村 街 市 鄉區 里 路 段 巷 弄 號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 服務類別 | <input type="checkbox"/> 社區復健中心 <input type="checkbox"/> 康復之家 | | | | | | | | | | 總服務量 | | 人 | | | | | | | | |
| 專業人員簡歷 | 職稱(專兼任) | 姓名 | | | 出生年月 | | | 身分證號 | | | 學歷或執業執照號碼 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 涉 有 <input type="checkbox"/> 未 三、該院所違規事實概要： <div style="text-align: center;"> 縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章) 中 華 民 國 年 月 日 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神復健機構其它基本資料 | 性質 | 1. <input type="checkbox"/> 公立 2. <input type="checkbox"/> 財團法人 3. <input type="checkbox"/> 私立(<input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 獨資) 4. <input type="checkbox"/> 醫療機構附設 | | | | | 單位所得稅 統 一 編 號 | | | | | | | | | | 本生欄局務查須驗由核衛章 | | | | |
| | | | | | | | 電話及手機 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;"> <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. <u> </u> | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|--|-----|--|--|--|
| 往來金融機構 | 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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |

(請靠右填寫左邊補零)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 往來郵局 | 戶 名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 郵 政 劃 撥 帳 號 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | 郵 局 | | 支 局 | | | | | | | | | | | |
| | 存 儲 簿 金 | 局 號 | | | | | | | | | | | | |
| 局 名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵政存簿儲金帳號 | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

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 |
| | |

收據粘貼單

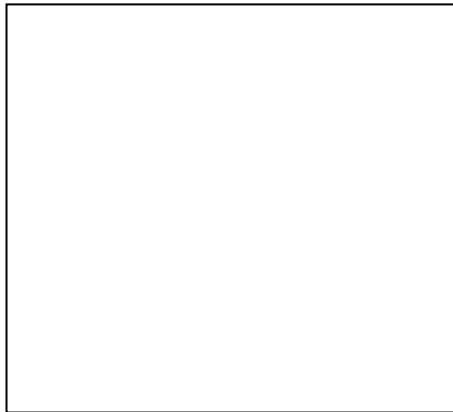
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

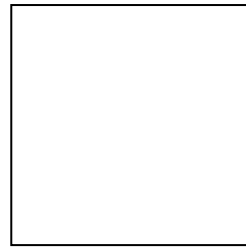
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

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：

固定執業時段：(請勾選)

| 星期 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 上午 | | | | | | | |
| 下午 | | | | | | | |
| 晚上 | | | | | | | |

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