

# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約職能治療所填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請職能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。
- 二、職能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、職能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、負責職能治療師執業年資欄請填寫最近二年執業經歷。
- 三、職能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。
- 四、職能治療人員類別欄請填職能治療師或職能治療生，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之合夥證明文件。
- 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、申請書內之醫事服務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。
- 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.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。

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：

# 全民健康保險特約職能治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險職能治療業務，特檢具「全民健康保險特約職能治療所基本資料表」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，申請為全民健康保險特約職能治療所，請惠予受理。

申請辦理業務：

職能業務

申請類別：

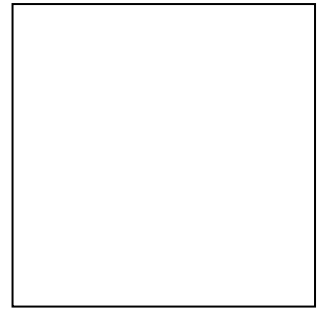
職能治療所

型態別：

職能治療所

此 致

衛生福利部中央健康保險署



申請職能治療所名稱：

(職能治療所印信)

負責職能治療師：

簽章：

職能治療所地址：      縣      市鎮      村      街  
                                 市      鄉區      里      路  
                                 段      巷      弄      號      樓之

負責職能治療師戶籍地址：      縣      市鎮      村      街  
                                 市      鄉區      里      路  
                                 段      巷      弄      號      樓之

負責職能治療師通訊地址：      縣      市鎮      村      街  
                                 市      鄉區      里      路  
                                 段      巷      弄      號      樓之

中 華 民 國                      年                      月                      日

# 全民健康保險特約職能治療所基本資料表

職能治療所名稱		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 段 巷 弄 號 市 鄉區 里 路											
負責職能治療師		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											
負責職能治療師執業年資		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 市鎮						年 月 日至 年 月 日						
	市 鄉區						年 月 日至 年 月 日						
	縣 市鎮						年 月 日至 年 月 日						
職所能設治療	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)			職能治療評估			<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)				
職能治療人員資料	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										
			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"/> 職能治療所 <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：													
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													
醫事服務機構其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 私立合夥 <input type="checkbox"/> 私立獨資		單位所得稅統一編號						本欄務須由衛生局查驗核章			
				電話及手機號碼									
				傳真號碼									

# 全民健康保險特約職能治療所基本資料表

職能治療所名稱											代號															
開業執照地址	郵遞區號□□□□□□										縣	市鎮	村	街	段	巷	弄	號								
負責職能治療師						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										
負責職能治療師執業年資	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	市鎮											年	月	日	至	年	月	日							
	市	鄉區											年	月	日	至	年	月	日							
	縣	市鎮											年	月	日	至	年	月	日							
職所能設治療	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)				職能治療評估				<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
職能治療人員資料	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																					
			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"/> 職能治療所 <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：																										
<b>縣市 (政府) 衛生局 (請加蓋機關關防及首長簽名章)</b>																										
中 華 民 國 年 月 日																										
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		電話及手機號碼																						
		傳真號碼																								

# 全民健康保險特約職能治療所設備資料表

特約醫療機構代號：

特約醫療機構名稱：

填表日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 職能治療所設備：

是否設有獨立之職能治療室 是 否；

## 職能治療設備：

- 站立桌數量
- 推拉箱數量
- 運動墊數量
- 手功能訓練器具數量
- 副木輔具之製作器材數量
- 認知、知覺訓練器具數量
- 日常生活功能訓練器具數
- 感覺統合治療器具數量
- 工作模擬訓練器具數量
- 
- 
- 

## 擬實施之職能治療項目：

- 姿態訓練
- 被動性關節運動
- 坐站平衡訓練
- 移位訓練
- 日常生活訓練
- 肌力訓練
- 運動知覺訓練
- 上肢(下肢)功能訓練或  
上肢(下肢)義肢功能訓練
- 掌指功能訓練
- 協調訓練
- 知覺認知訓練
- 團體治療
- 娛樂治療
- 活動治療
- 減痙攣活動
- 固定副木製作
- 職能治療評估
- 
- 
-

# 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> <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)									





# 收據粘貼單

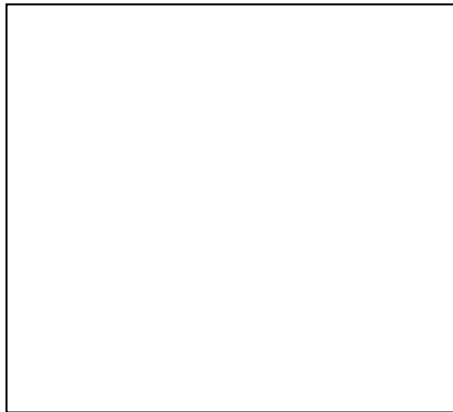
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

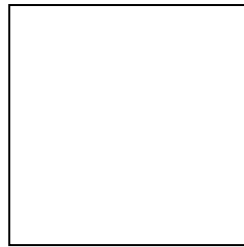
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式  
乙份，請查照。

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