

# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約藥局填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請藥局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、藥局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、藥局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、主持藥師或藥劑生執業年資欄請填寫最近 2 年執業資料。
- 三、藥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、藥事人員類別欄請填藥師或藥劑生，並檢附執業執照正反面影本。
- 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、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。
- 五、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。
- 六、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。

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：

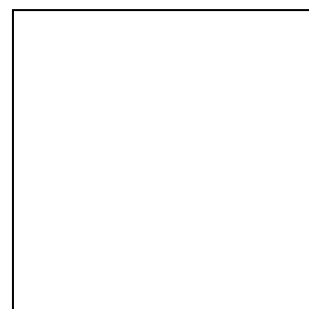
R5001：

# 全民健康保險特約藥局申請書

茲擬承辦全民健康保險藥事服務業務，特檢具「全民健康保險特約藥局基本資料表」及負責藥事人員開業執照、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藥局，請惠予受理。

此 致  
衛生福利部中央健康保險署

申請藥局名稱：



(藥局印信)

主持藥劑師：

簽章：

藥局地址：            縣市段            市鎮鄉區            村里弄            街路樓之號

主持藥劑師戶籍地址：            縣市段            市鎮鄉區            村里弄            街路樓之號

主持藥劑師通訊地址：            縣市段            市鎮鄉區            村里弄            街路樓之號

中 華 民 國            年            月            日

# 全民健康保險特約藥局基本資料表

第一聯送健保署      第二聯送衛生局（所）存查

藥局名稱												代號														
開業執照地址	郵遞區號 □□□□□□										縣		市鎮		村		街		段		巷		弄		號	
											市		鄉區		里		路									
主持藥師或藥劑生						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												
主持藥師或藥劑生執業年資				計		年		調劑室地坪面積				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													
藥事人員簡歷	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																				
						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"/>藥局 <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</p> <p>三、該院所違規事實概要：</p>																										
<p><b>縣市（政府）衛生局</b>（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								本生局查驗由核章														
		<input type="checkbox"/> 私立獨資		電話及手機號碼																						
		傳真號碼																								

# 全民健康保險特約藥局基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所)存查

藥局名稱		代號										
開業執照地址	郵遞區號 □□□□□□											
	縣市	市鎮鄉區	村里	街路	段	巷	弄	號				
主持藥師或藥劑生		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				
主持藥師或藥劑生執業年資		計 年			調劑室地坪面積			計 坪				
執業經歷	執業地點		執業場所名稱					執業起迄日期				
	縣	市鎮鄉區						年 月 日至 年 月 日				
	市	鄉區						年 月 日至 年 月 日				
	縣	市鎮鄉區						年 月 日至 年 月 日				
藥事人員簡歷	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								
				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"/>藥局 <input type="checkbox"/>未涉有 <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</p> <p>三、該院所違規事實概要：</p>												
<p><b>縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)</b></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						本生欄務須驗由核章		
		<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. _____								
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

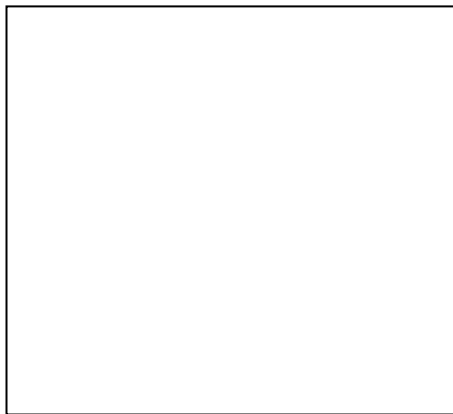
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

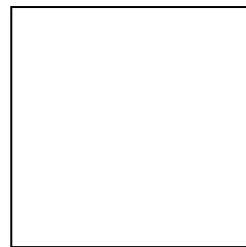
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式  
乙份，請查照。

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

# 「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標 醫事服務機構及特約藥局辦理自評情形申報表

診所（藥局）名稱：\_\_\_\_\_（代號：\_\_\_\_\_）

填報人（院所或藥局負責人）：\_\_\_\_\_

填報日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

印信：

有 無 自設藥局

有 無 自聘藥師

藥袋標示項目	有標示	未標示
1.病人姓名		
2.性別		
3.年齡		
4.藥品名稱（成分名）		
5.藥廠（廠商）名		
6.數量		
7.劑量		
8.服用方法		
9.藥局（調劑）地點		
10.調劑者姓名		
11.調劑年月日		
12.處方醫師姓名		
13.藥品保存方式		
14.調劑後有效期限		
15.適應症		
16.副作用		
17.警語		

註：

- 1.本表內容經醫事服務機構或藥局切結填報內容屬實後送健保署，由健保署辦理實地審查，如查獲與填報內容不符時，將依「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標處理方式不予支付。
- 2.請傳真（04-22531219）回復中區業務組醫療費用二科承辦人，分機\_\_\_\_\_。