

醫事服務機構申請為全民健康保險特約醫事放射機構填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請醫事放射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、醫事放射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、醫事放射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、醫事放射人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 三、醫事放射人員類別欄請填醫事放射師或醫事放射士，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 四、醫事放射所附設醫事檢驗部門，且併行申請提供醫事檢驗服務者，應同時檢附前三款所列醫事檢驗作業相關資料。
- 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 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放射所申請書

茲擬承辦全民健康保險醫事放射業務，特檢具：「全民健康保險特約醫事放射所基本資料表」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醫事放射所，請惠予受理。

申請類別：B 醫事放射所

型態別：02 醫事放射所

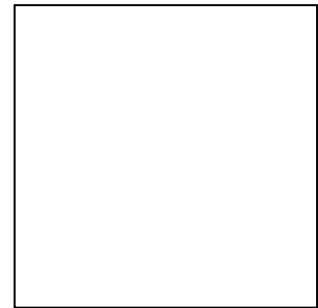
申請辦理業務： 醫事放射業務

醫事檢驗業務

成人預防保健服務

此 致
衛生福利部中央健康保險署

申請醫事放射所名稱：



(醫事放射所印信)

負責醫事放射師：

(醫事放射士)

簽章：

醫事放射所地址： 縣 市鎮 村 街
 市 鄉區 里 路
 段 巷 弄 號 樓之

負責醫事放射師戶籍地址： 縣 市鎮 村 街
 市 鄉區 里 路
 段 巷 弄 號 樓之

負責醫事放射師通訊地址： 縣 市鎮 村 街
 市 鄉區 里 路
 段 巷 弄 號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約醫事放射所基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所)存查

醫事放射所名稱											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"/> <input type="text"/> 縣市鄉區 市鎮鄉區 村里 街路 段 巷 弄 號																											
負責醫事放射師(士)	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																	
負責醫事放射師(士)執業年資										計 年					醫事放射(含醫事檢驗)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															
醫事放射、檢驗設備	診斷型 X 光設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					影像處理設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)												
	防護用鉛衣及男女生殖器防護屏					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					一般臨床檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)												
	臨床生化檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					臨床血清檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)												
	臨床免疫檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					臨床血液檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)												
	輸血檢驗及血庫作業設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					臨床微生物檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)												
	臨床生理檢驗設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)					其他相關設備					<input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)												
醫事人員資料	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																					
一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 醫事放射所 <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										單位所得稅					本欄務須由衛生局查驗核章											
		<input type="checkbox"/> 私立獨資										統一編號																
		電話及手機號碼					傳真號碼																					

全民健康保險特約醫事放射所基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所) 存查

醫事放射所名稱											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"/> <input type="text"/> 縣 市鎮 村 街 市 鄉區 里 路 段 巷 弄 號																						
負責醫事放射師(士)	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												
負責醫事放射師(士)執業年資										計 年		醫事放射(含醫事檢驗)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										
醫事放射、檢驗設備	診斷型 X 光設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)			影像處理設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
	防護用鉛衣及男女生殖器防護屏			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)			一般臨床檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
	臨床生化檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)			臨床血清檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
	臨床免疫檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)			臨床血液檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
	輸血檢驗及血庫作業設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)			臨床微生物檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
	臨床生理檢驗設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)			其他相關設備			<input type="checkbox"/> 有____項 <input type="checkbox"/> 無 (細項詳設備資料表)													
醫事人員資料	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																				
一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 醫事放射所 <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	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																				

全民健康保險特約醫事放射所設備資料表

特約醫療機構代號：

特約醫療機構名稱：

填表日期_____年_____月_____日

醫事放射、醫事檢驗作業空間：

是否設有獨立之醫事放射室 是 否；如有，面積_____平方公尺_____坪

是否設有獨立之醫事檢驗室 是 否；如有，面積_____平方公尺_____坪

醫事放射、醫事檢驗設備：

醫事放射設備

<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：

醫事檢驗設備

<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	數量：
<input type="checkbox"/>	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;"> <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)							

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"/>
(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"/>
	郵局				支局					
	存 儲	簿 金		局 號		<input type="text"/>				
				局 名		<input type="text"/>				
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"/>

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

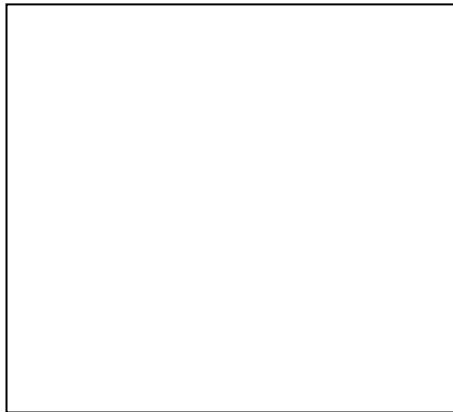
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

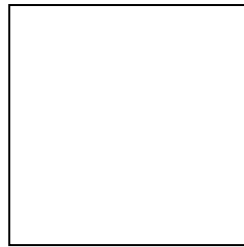
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

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