

醫事服務機構申請辦理全民健康保險居家照護業務填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請居家照護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、居家照護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。

貳：居家照護機構基本資料表部分

- 一、居家照護機構代號請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、負責人執業年資欄請填寫最近2年執業資料。
- 三、醫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、醫事人員類別欄請填醫師、護理師或護士，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，應檢附經公證證明文件影本（應註明與正本相符）；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。
- 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、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 二、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：07-2315151	高雄市中正四路259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

全民健康保險特約居家照護、護理之家送件清單

附表三

醫事機構代號_____醫事機構名稱_____

◎須檢附資料

- 申請書、基本資料表
- 開業執照影本（開業日期：_____年_____月_____日）
- 負責人執業執照、身分證正反面影本
- 所聘醫事人員執業執照及身分證正反面影本
- 轉帳資料卡【附聯名戶開戶存摺正面影本（例：王美麗居家護理所王美麗）】
- 印鑑卡
- 國稅局統一編號編配通知書影本
- 成立投保單位證明(檢附「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」)
- 與健保特約醫院轉診契約書影本（獨立機構）
- 概括同意書【變更或曾任負責人,含跨區遷址】一式二份（簽約時負責人當面親簽）
- 私立合夥（需檢附經公證之合夥文件影本）
- 「即時查詢病患就醫資訊方案」申請表
- 「醫療費用電子化作業」同意申請表
- 「醫療費用申報總表線上確認作業」申請書

送件日期：_____年_____月_____日

送件人：_____

收件日期：_____年_____月_____日

送件人聯絡電話：(_____)_____

收件人：_____

院所 E-Mail Address：

院所手機（供本組發送訊息）：

居家照護專業人員 24 小時電話諮詢專線：

醫事服務機構申請全民健康保險特約注意事項

1. 檢具全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱本辦法）第3條所定相關文件，保險人受理申請後30日內完成審查，必要時得延長30日。
2. 申請特約之機構或其負責醫事人員有本辦法第4條及第5條所列情事之一者（如：受停止特約或終止合約處分尚未期滿...等），於前開原因未消失前，不予特約。
3. 涉及違規（約）應受停止特約或終止特約處分之機構，以變更負責醫事人員再申請特約者，應俟本署審查確認無不予特約之事實始合約生效，本署未同意特約前相關醫療費用本保險不給付。
4. 醫事機構申請特約，其申請特約日前5年內，未有本辦法第38條至第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，經保險人審查合格後，特約生效日得追溯至開業執照核發日。如逾開業執照核發日期15個工作天申請特約者，其經審查合格者，其合約生效日自申請日起生效。
5. 申辦復健業務、單一劑量藥事服務、醫院住院業務...等需實地訪查之特殊業務，應經本署訪評核准後始生效。
6. 機構變更負責醫師，係屬新機構，原址核准之業務（如復健、血液透析、單一劑量藥事服務作業、跨表、事前審查案件、醫師支援案、各項試辦計畫、醫療給付改善方案、國健署之預防保健業務.....等）即終止辦理。新機構如需繼續辦理是項業務，應檢附相關證件資料重新申請。未經本署審核同意者，不予給付相關醫療費用。
7. 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。
8. 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。
送件人簽章：_____
9. 機構之醫療費用申報，應自本署函知同意特約後，始予受理。
10. 送件日概以特約資料檢送完整日認定。
11. 本業務組通知簽約後，由負責醫事人員親自到場辦理簽約。
12. 送件完成後請至預約系統申請簽約時間，網址：<http://www.nhi.gov.tw/>

首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 新特約院所預約簽約。

醫事機構代號：_____ 醫事機構名稱：_____

送件人簽章：_____ ※註明與醫事機構關係：_____

負責醫事人員簽章：_____ 送件日期：____年__月__日

本注意事項內容由本組人員充分告知，副本已交由_____簽收

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

QR-WKOH-203-01-B

全民健康保險特約居家照護機構申請書

茲擬申請辦理全民健康保險居家照護業務，特檢具全民健康保險特約居家照護機構基本資料表乙份及負責人身分證正反面、開業執照、執業執照、護理師（護士）證書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居家照護機構，請惠予受理。

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。

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。

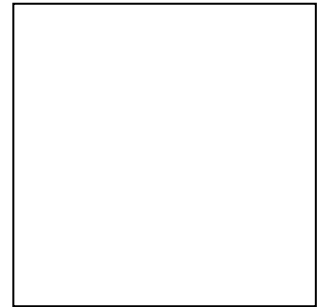
申請類別：居家照護

型態別：居家護理機構

服務項目：居家照護 安寧居家療護(甲類) 安寧居家療護(乙類)

此 致

衛生福利部中央健康保險署



(機構印信)

申請居家照護機構名稱：

負責人：

簽章：

(居家照護機構印信)

居家照護機構地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責人戶籍地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

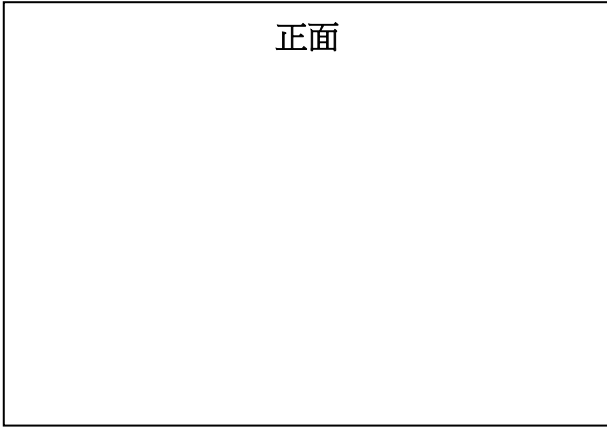
負責人通訊地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

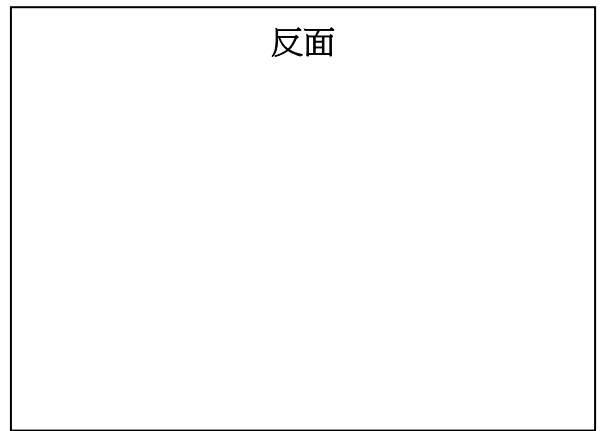
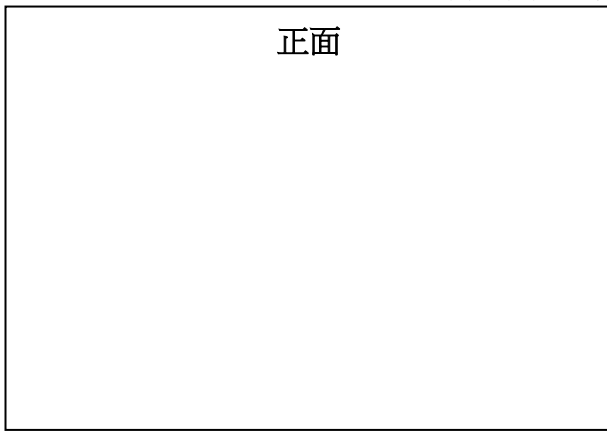
全民健康保險特約居家照護機構基本資料表

居家照護機構名稱											代號										
開業執照地址	郵	遞			區			號			□□□□□										
	縣市		市鎮鄉區			村里			街路		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										
負責人執業年資計年																					
執業經歷	執業地點		執業場所名稱						執業起迄日期												
	市	市區							年 月 日至 年 月 日												
	縣	鎮鄉							年 月 日至 年 月 日												
	市	市區							年 月 日至 年 月 日												
	縣	鎮鄉							年 月 日至 年 月 日												
醫事人員簡歷	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、本 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 涉有醫療管理法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 未涉有療管理法規違規情事 <input type="checkbox"/> 未結案。</p> <p>二、本機構違規事實概要：</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>																					
中華民國 年 月 日																					
其他醫事服務機構基本資料	性質		<input type="checkbox"/> 私立合夥		單位所得稅統一編號																
			<input type="checkbox"/> 私立獨資																		
	傳真號碼					電話號碼															
本欄不須由衛生局查驗核章																					

負責護理師身分證影本



負責護理師執業執照影本



執業護理師身分證影本



執業護理師執業執照影本



全民健康保險特約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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

往來銀行	總機構名稱																代號				
	分支機構名稱																				
	存款種類																				
	戶名																				
	帳號																				
往來郵局	戶名																				
	郵政劃撥儲金帳號																				

委託金融機構名稱：

- | | | |
|-------------|---------------|-------------|
| 004台灣銀行 | 005台灣土地銀行 | 006合作金庫商業銀行 |
| 007第一商業銀行 | 008華南商業銀行 | 009彰化銀行 |
| 012台北富邦商業銀行 | 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 | 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 | 808玉山商業銀行 |

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫事人員姓名，在上開金融機構設立存款帳戶或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，無法受理。

醫事機構代號：	負責醫事人員姓名：
醫事機構名稱：	
請蓋合約章 (特約醫事機構)	請蓋合約章 (負責醫事人員章)

核定生效日期：

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									
醫事服務機構名稱									
負責人姓名									
印鑑建立/變更日期(免填)		年		月		日(免填)			
合約書編號(免填)		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)							

同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

_____居家護理所（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

- 一、_____居家護理所（代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金），由本居家護理所、護理之家承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本居家護理所之醫療費用中扣抵。
- 二、_____居家護理所（代號：_____）負責人_____與本居家護理所負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本居家護理所與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「 _____居家護理所

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫事人員姓名： _____ 簽章

「由負責醫事人員親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

代表人姓名： _____ 簽章

「由代表人親自當面蓋章」

居家護理所或護理之家方型印章」 戶籍地址：

身分證字號：

電話：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：本同意書一式二份

QR-WKOH-203-23-A

同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

_____居家護理所（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

- 一、_____居家護理所（代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金），由本居家護理所、護理之家承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本居家護理所之醫療費用中扣抵。
- 二、_____居家護理所（代號：_____）負責人_____與本居家護理所負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本居家護理所與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「_____居家護理所

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫事人員姓名： 簽章

「由負責醫事人員親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

代表人姓名： 簽章

「由代表人親自當面蓋章」

居家護理所或護理之家方型印章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

中華民國 年 月 日

註：本同意書一式二份

QR-WKOH-203-23-A

醫療費用電子化作業同意申請表

_____ (院所代號：_____) 同意自 ____ 年 ____ 月 (費用年月) 起

依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第33-1條

(詳註)規定辦理。

申請醫事類別：門診西醫基層 門診洗腎 住診西醫基層
交付機構 其它

連絡人姓名：_____ 電話：_____

E-MAIL：

此致

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

醫事服務機構地址：

代表人(公立醫事服務機構適用)/負責醫事人員

姓名：_____ (簽章)

中 華 民 國 年 月 日

醫事服務機構

用 印

註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第33-1條：

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎請將本申請表郵寄至：807 高雄市前金區中正四路259號 醫療費用二科

電話：(07)231-5151 #費用經辦人

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 一、 特約醫事服務機構名稱： 代號：
- 二、 特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 其他（ ）
- 三、 參加本方案申裝之行動網路類型 4G、月租費 元。
- 四、 參加起始日期： 年 月。
- 五、 因應何類業務需申請行動網路：
居家醫療照護服務
西醫醫療資源不足地區改善方案
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
其他(請敘明業務需求)

六、 申請數量：1組2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料)

七、 是否承接其他醫事服務機構之行動網路：是 否，如承接者，請填寫下列資料：

- (一) 原特約醫事服務機構名稱： 。
- (二) 原特約醫事服務機構代號： 。
- (三) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
- (四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：
- 以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

八、 聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

九、 特約醫事服務機構及負責人印章：

<p>個人資料收集處理及利用同意書</p> <p><input type="checkbox"/>本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。</p> <p>特約醫事服務機構及負責人印章：</p> <p style="text-align: center;">中華民國 年 月 日</p>
--

十、(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

<p>高屏業務組聯絡電話：07-231-5151轉2413 鄒惠雪小姐</p> <p>寄回：801高雄市前金區中正四路259號 醫務管理科收</p>
--

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023元。

行動網路支付上限：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額**核實支付**。
2. 支付方式及支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限
3. 行動網點：如無限基地台，需購買行動訊號機

營運處	專案經理	聯絡電話	傳真	e-mail
高雄	邱品瑄	(07)550-7165		juliachiu@cht.com.tw
鳳山	謝婷玲	(07)731-1526	(07)344-7309	meme@cht.com.tw
岡山	莊崇輝	(07)644-0678		k012544@cht.com.tw
旗山	張碧如	(07)644-1018		amis2@cht.com.tw
屏東	郭雅瑩	(08)756-0977	(08)7440308	kuoyaying@cht.com.tw
澎湖	翁安勝	(06)944-0573		abee@cht.com.tw

行動網卡：劉國偉 02-23266538

醫療費用申報總表線上確認作業申請書

本機構_____ (院所代號：_____)

醫事類別：

11. 門診西醫診所 12. 門診西醫醫院 13. 門診牙醫 14. 門診中醫
15. 門診洗腎 19. 門診其他醫事機構 21. 住診西醫診所
22. 住診西醫醫院 29. 住診其他醫事機構
30. 藥局 40. 物理治療所 50. 特約檢驗所

申請自__年__月__日起參加「醫療費用申報總表線上確認作業」。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事機構地址：

聯絡人姓名：

聯絡人電話：

聯絡人電子郵件：

醫事服務機構
用 印

醫事機構負責人
用 印

中 華 民 國 年 月 日

若有疑義，請洽高屏業務組聯絡電話：07-231-5151轉費用經辦人。