

# 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、檢具繼續教育證明者，其繼續教育應經中央衛生主管機關認可
- 二、申請藥局名稱及印章應與當地衛生主管機關核准登記之名稱完全相同。
- 三、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份

- 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最近二年執業資料。
- 三、調劑室地坪面積請依實際使用面積填寫。
- 四、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。
- 五、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。
- 六、醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥文件影本。
- 七、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請填入。

## 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	電話
臺北市、新北市、 宜蘭縣、基隆市、 金門縣、連江縣	衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組壽德大樓辦公室	臺北市許昌街17號八樓	(02) 2191-2006
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	中壢市中山東路三段525號	(03) 433-9111
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	臺中市市政北一路66號	(04) 2258-3988
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	臺南市中區公園路96號	(06) 224-5678
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	高雄市中正四路259號	(07) 231-5151
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	花蓮市軒轅路36號	(03) 833-2111

# 全民健康保險特約藥局送件清單

醫事服務機構名稱：\_\_\_\_\_ 醫事服務機構代號：\_\_\_\_\_

- 申請書及基本資料表
- 藥事人員身分證正反面影本
- 藥局開業執照影本（開業日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）
- 藥事人員執業執照正反面影本
- 轉帳資料卡及存摺正面影本【以聯名戶開戶（例：王大明藥局王大明）】
- 印鑑卡
- 國稅局統一編號編配通知書影本或建設局營利事業事業登記證影本
- 成立投保單位證明及執業藥事人員加保證明
- 平面圖：藥局總面積十八平方公尺以上（不含廁所及倉庫）。請標明調劑處所（六平方公尺以上）、候藥區、受理處方箋區、非處方藥品供應區、藥事諮詢服務區、洗手臺、加鎖櫃子、滅火器、電腦、廁所、倉庫）
- 保證書
- 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
- 藥袋(藥品明細)標示規範表【請檢附醫療費用收據明細及藥袋藥品明細範本】
- 處方來源：

送件人：\_\_\_\_\_ 收件人：\_\_\_\_\_

送件人聯絡電話：\_\_\_\_\_ 收件日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

負責人手機(供本組發送訊息)：\_\_\_\_\_

院所電子信箱帳號：\_\_\_\_\_

# 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-A

# 全民健康保險特約藥局申請書

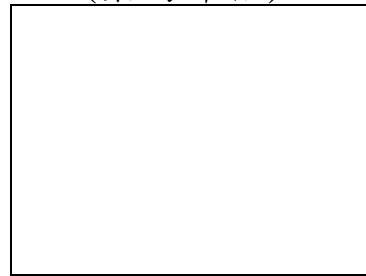
茲擬承辦全民健康保險藥事服務業務，特檢具「全民健康保險特約藥局基本資料表」，執業證明（含開業執照、執業執照、藥劑師（生）證書及身分證正反面影本）註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約藥局，請惠予受理。

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。

此致

## 衛生福利部中央健康保險署

(藥局印信)



申請藥局名稱：

主持 藥師：  
藥劑生

簽章：

藥局地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路  
段 巷 弄 號 樓之

主持 藥師 戶籍地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路  
藥劑生 段 巷 弄 號 樓之

主持 藥師 通訊地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路  
藥劑生 段 巷 弄 號 樓之

中華民國 年 月 日

## 全民健康保險特約藥局基本資料表

藥局名稱					代號							
開業執照地址	縣	市鄉鎮	村	街	段	巷	弄	號				
	市	區	里	路	郵遞區號			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
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	藥局總面積			平方公尺				
執業資料	執業地點		執業場所名稱			執業起迄日期						
	市	市鎮				年	月	日	至	年	月	日
	縣	鄉										
	市	市鎮				年	月	日	至	年	月	日
	縣	鄉										
藥事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號			執業執照號碼					
<p>一、本 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 未涉有醫療管理法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。  <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 涉有 <input type="checkbox"/> 未結案。</p> <p>二、本藥局違規事實概要：</p>												
中華民國      年      月      日				合約章小章			合約章大章					
其他基本資料 醫事服務機構	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								
	傳真號碼			電話號碼								
	本欄勿須由衛生局查驗核章											



# 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)							

## 保證書

本藥局所附之平面圖皆與本藥局內之實地擺設相符，若有不符或違反規定，願無異議接受衛生福利部中央健康保險署相關法規處分。

藥局名稱： (簽章)

負責人： (簽章)

中華民國            年            月            日



## 同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

\_\_\_\_\_ 藥局（代號：\_\_\_\_\_）負責人\_\_\_\_\_同意下列事項：

- 一、\_\_\_\_\_ 藥局（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、滯納金及利息），由本藥局承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本藥局之醫療費用中扣抵。
- 二、\_\_\_\_\_ 藥局（代號：\_\_\_\_\_）負責人\_\_\_\_\_與本藥局負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本藥局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：

「 \_\_\_\_\_ 藥局

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責人姓名： \_\_\_\_\_ 簽章

「由負責人親自當面蓋章」

戶籍 地址：

身分證字號：

」 電 話：

藥局方型印章

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本同意書一式二份

QR-WKOH-203-22-A

## 同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

\_\_\_\_\_ 藥局（代號：\_\_\_\_\_）負責人\_\_\_\_\_同意下列事項：

- 一、\_\_\_\_\_ 藥局（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、滯納金及利息），由本藥局承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本藥局之醫療費用中扣抵。
- 二、\_\_\_\_\_ 藥局（代號：\_\_\_\_\_）負責人\_\_\_\_\_與本藥局負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本藥局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：

「 \_\_\_\_\_ 藥局

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責人姓名： \_\_\_\_\_ 簽章

「由負責人親自當面蓋章」

戶籍 地址：

身分證字號：

」 電 話：

藥局方型印章

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本同意書一式二份

## 醫療院所及藥局藥袋(藥品明細)標示規範

診所(藥局)名稱：	
診所(藥局)代號：	
填報人(院所或藥局負責人)：	
填報日期(YYYY/MM/DD)：	
藥局/藥師項目	有/未聘設(有請填1、無請填0)
有無自設藥局	
有無自聘藥師	
診所釋出處方(填"有"者以下免填)	
藥袋標示項目	有/未標示(有標示請填1、未標示請填0)
1. 病人姓名	
2. 性別	
3. 年齡	
4. 藥品名稱(單方藥品：成分名+商品名) (複方藥品：商品名)	
5. 藥廠(廠商)名	
6. 數量	
7. 天數	
8. 劑量	
9. 服用方法	
10. 醫療院所名稱及代號	
11. 調劑地點(藥局)	
12. 調劑者姓名	
13. 調劑年月日	
14. 處方醫師姓名	
15. 藥品保存方式	
16. 調劑後有效期限	
17. 適應症	
18. 副作用	
19. 警語	

# 安全模組申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

醫療院所名稱			
醫療院所代號		聯絡人	
聯絡地址		□□□	
聯絡電話		申請單位及負責人印章          注意：  （請蓋原合約印鑑大小章）	
傳 真			
e-mail			
檢附資料 ※文件影本依序後附			
<input type="checkbox"/> 讀卡設備發票影本 <input type="checkbox"/> 毀損的安全模組 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥收據影本 <input type="checkbox"/> 原發安全模組			
申請原因		<input type="checkbox"/> 新簽約 ○1. 新簽約(附購買讀卡機發票影本) ○2. 遷址或換負責人之新簽約(附前院所安全模組) <input type="checkbox"/> 增加讀卡設備(附購買讀卡機發票影本) <input type="checkbox"/> 毀損換發(附毀損的安全模組及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發(郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發，原申請日期	
申請發卡數量		(片)	
若申請原因為”毀損換發”或”遺失補發”，請務必在下列欄位逐一填寫”毀損”或”遺失”的安全模組編號，以利健保署後續處理，避免貴單位權益受損。謝謝！（請以正楷填寫，字體請勿潦草）			
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____			
(以下資料由高屏業務組人員填寫)			
受理單位：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組		核准數量：_____ (片)	
電腦建檔	覆核	單位主管	不核准原因： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

註：1. 若遺失或毀損請檢附劃撥單據影本  
 （帳戶：衛生福利部中央健康保險署 18089434 費用500元/片）。

2. 請郵寄801高雄市前金區中正四路259號(高屏業務組醫務管理科)，  
 電話：(07)231-5151轉6051

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組裝妥，鎖緊機殼才可通電。  
 (2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組。  
 (3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡(回傳代碼6005)

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固接網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：                    代號：

安裝地址：

二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院

基層診所 交付機構（藥局、醫事檢驗機構）

三、參加本方案申裝之網路頻寬 一般型6M/2M、月租費 1,691 元。

四、參加起始日期：  年  月。

五、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：是 否，如承接固接網路者，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。

六、聯絡人姓名：                    電話：                    傳真：

E-MAIL：

七、特約醫事服務機構及負責人印章(合約大小章)：

個人資料收集處理及利用同意書

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。

特約醫事服務機構及負責人印章：

中華民國    年    月    日

(請注意下列事項：

- 1.承接固接網路之醫事服務機構，需向本署申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
- 2.醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
- 3.醫事服務機構未於各季結算時點前申報醫療費用資料，不予支付方案費用。
- 4.線路資料：AT                    (本欄供電信公司使用)

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

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限（單位：新台幣元）

	網路頻寬	頻寬月租費	支付上限	自付差額
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561	54,561	0
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201	45,201	0
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857	25,857	0
	專業型 FTTB 1M	1,980	1,691	289
	一般型 FTTB 6M/2M	1,691	上傳資料沒有加密	

註：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，108年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

中華電信自108年4月1日起，一般型光纖6M/2M月租費調降為1,691元

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

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

# 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。