

解約申請書

受文者：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

主旨：醫院、診所、藥局申請解約

說明：醫院、診所、藥局於 年 月 日因

- 歇業
- 變更負責醫師 (擇一勾選)
- 跨區遷址
- 自行終止特約

以上勾選皆需另檢送勞健合用表格或健保專用表格

經衛生主管機關註銷原有開業執照、自註銷日起終止合約。

申請人：

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代號：

負責人姓名：

解約後相關文件送達地址：

(醫事機構合約章)

(負責人合約章)

中華民國 年 月 日

請附負責人身分證影印本

正面

反面