請領（補發） 111 年度 □執行業務所得扣繳憑單 □醫療費用分列項目表 申請書

基本資料	機構名稱		簽約印鑑(大小章)：
	機構代號		
	統一編號		
	負責醫事人員姓名		
	身分證號碼		
	聯絡電話		
	手機號碼		
	合約現況	□合約中 □已解約	

領取方式

□自 VPN 系統下載

□負責人臨櫃領取（請攜帶身分證明文件正本以供查驗）

□郵寄： □寄至執業地址（由健保署逕自擷取特約院所檔）

□其他地址（僅歇業院所得以選擇，且須檢附負責人身分證影本)：

＿＿＿縣市＿＿＿鄉鎮市區＿＿＿路（街）＿＿＿段

＿＿＿巷＿＿＿弄＿＿＿號＿＿＿樓

□他人臨櫃領取（請填寫下列委託書、並攜帶當事人及代理人之身分證明文件正本以供查驗）

本人茲因＿＿＿＿＿＿＿＿(事由)之需要，同意由代理人＿＿＿＿＿＿

(與本人關係：＿＿＿)向全民健康保險保險人申請提供 110 年度

□執行業務所得扣繳憑單及□醫療費用分列項目表。

授權人姓名＿＿＿＿＿＿＿＿(簽章)

備註:1. 申請書填妥後請以郵寄、傳真或親至本業務組辦理。

2. 西醫醫院：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 8 樓 FAX:23706584

3. 中、牙醫院所：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 6 樓 FAX:23895694

4. 西醫基層院所、其他交付機構：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 3 樓 FAX:23822653

申請日期： 年 月 日