

醫事服務機構申請全民健康保險特約職能治療所填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請職能治療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、職能治療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、職能治療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、負責職能治療師執業年資欄請填最近二年執業經歷。
- 三、職能治療空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附職能治療空間平面圖。
- 四、職能治療人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、職能治療人員類別欄請填職能治療師或職能治療生，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 六、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經公證之合夥文件影本（應註明與正本相符）
- 七、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、申請書表受理單位如下

| 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 | 高雄市前金區中正四路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 |

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。（**醫事機構代碼不變者可正常取就醫序號**）
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](#)>[健保服務](#)>[健保醫療服務](#)>[特約申請與變更](#)>[新特約院所預約簽約系統](#)。

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-C

全民健康保險特約職能治療所送件清單

醫事服務機構名稱：_____ 醫事服務機構代號：_____

壹、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）
- 所有醫事人員身份證、執業執照正反面影本
- 轉帳資料卡【附聯名戶開戶存摺正面影本（例：王大明職能治療所王大明）】
- 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（辦理「委託轉帳代繳全民健康保險費約定」）
- 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）
- 設備資料表（附發票影本）
- 設備及治療項目審核表
- 平面圖：治療空間(依醫療機構設置標準規定)
- 作業流程【病歷記錄、復健處方（處方來源）、治療記錄】
- 設備明細、照片及證明(如發票影本)
- 雲端安全模組俟本署函知同意特約後於 VPN 線上申請
- 「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

負責人手機（供本組發送訊息）：_____

送件人：_____ 收件日：_____年_____月_____日

送件人聯絡電話：_____ 收件人：_____

院所電子信箱帳號：_____

貳、審核項目(治療項目需實地審查)

全民健康保險特約職能治療所申請書

茲擬承辦全民健康保險職能治療業務，特檢具「全民健康保險特約職能治療所基本資料表」，繼續教育證明文件註明與正本相符之影本，執業證明（含開業執照、執業執照、職能治療師及身分證正反面）之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約職能治療所，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。

申請辦理業務：

申請類別：

型態別：

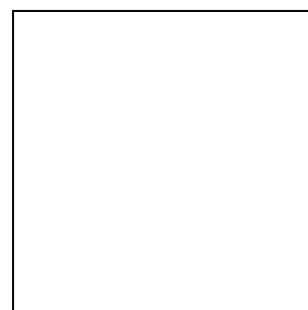
復健業務

A職能治療所

職能治療所

此 致
衛生福利部中央健康保險署

職能治療所名稱：



負責職能治療師：

簽章：

（職能治療所印信）

職能治療所地址：

縣市
路
段

市鎮鄉區
巷 弄

村里

街

號 樓之

負責職能治療師戶籍地址：

縣市
路
段

市鎮鄉區
巷 弄

村里

街

號 樓之

負責職能治療師通訊地址：

縣市
路
段

市鎮鄉區
巷 弄

村里

街

號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約職能治療所基本資料表

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------------------------------|--------|-----------|-------|--|----------|-------|--------------|--|--------|--|--------------|-------|--|---|--|--|--|--|
| 職能治療所名稱 | | | | | | | | | | | 代號 | | | | | | | | | |
| 開業執照地址 | □□□□□□ | | 縣市 | | 市鎮鄉區 | | | 村里 | | | 街路 | | | 段 | | 巷 | | | | |
| 負責職能治療師 | | | | | 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 | | | | | | | |
| 負責職能治療師執業年資 | | | | 計 年 | | | 職能治療空間面積 | | | | | | 計 坪 | | | | | | | |
| 執業經歷 | 執業地點 | | 執業場所名稱 | | | | | | 執業起迄日期 | | | | | | | | | | | |
| | 縣市 | 市鎮鄉區 | | | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 縣市 | 市鎮鄉區 | | | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 職能治療人員資料 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>一、本 <input type="checkbox"/> 治療所 <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、本治療所違規事實概要：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; text-align: center;"> 中華民國 年 月 日 合約章小章 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; text-align: center;"> 合約章大章 </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 本欄不須由衛生局查驗核章 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 私立獨資 | | 電話號碼 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 傳真號碼 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

全民健康保險特約職能治療所設備資料表

特約醫療機構代號：_____特約醫療機構名稱：_____

填表日期_____年_____月_____日

(自行勾選填寫)

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 站立桌 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 推拉箱 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 運動墊 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手功能訓練器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 副木、輔具之製作器材 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 認知、知覺訓練器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 日常生活功能訓練器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 感覺統合治療器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 工作模擬訓練器具 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

依該醫事服務機構所設置之職能治療設備審核，擬同意實施下列職能治療項目：(保健署核定)

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 姿態訓練 | <input type="checkbox"/> 固定副木製作 |
| <input type="checkbox"/> 被動性關節運動 | <input type="checkbox"/> 職能治療評估 |
| <input type="checkbox"/> 坐站平衡訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 移位訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 日常生活訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 肌力訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 運動知覺訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 上肢(下肢)功能訓練或上肢(下肢)義肢功能訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 掌指功能訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 協調訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 知覺認知訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 團體治療 | |
| <input type="checkbox"/> 娛樂治療 | |
| <input type="checkbox"/> 活動治療 | |
| <input type="checkbox"/> 減痙攣活動 | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

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 | | | | | | | | | | | | | 靠右填寫左邊補零 (請勿填寫「-」) | | | |
| 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 合作金庫銀行 | | | | 007 第一商業銀行 | | | | | |
| 008 華南商業銀行 | | | | 009 彰化商業銀行 | | | | 012 臺北富邦銀行 | | | | 016 高雄銀行 | | | | | |
| 017 兆豐國際商業銀行 | | | | 050 台灣中小企業銀行 | | | | 700 郵政儲金匯業局 | | | | 808 玉山商業銀行 | | | | | |
| 812 台新國際商業銀行 | | | | 816 安泰商業銀行 | | | | 822 中國信託商業銀行 | | | | | | | | | |

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 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></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) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

職能
治療
所（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

- 一、職能
治療
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、滯納金及利息），由本職能治療所承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本職能治療所之醫療費用中扣抵。
- 二、職能
治療
所（代號：_____）負責人_____與本職能治療所負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本職能治療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：

「_____（職能治療所）」

職能治療所代號：

職能治療所住址：

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：

職能治療所方型印章」

中華民國_____年_____月_____日

註：本同意書一式二份

OR-WK0H-203-48-B

同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

_____ 職能
治療所（代號：_____）負責人_____ 同意下列事項：

一、_____ 職能
治療所（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、滯納金及利息），由本職能治療所承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本職能治療所之醫療費用中扣抵。

二、_____ 職能
治療所（代號：_____）負責人_____ 與本職能治療所負連帶清償責任。

三、以上表述各節列為本職能治療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：

「_____（職能治療所）」

職能治療所代號：

職能治療所住址：

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：

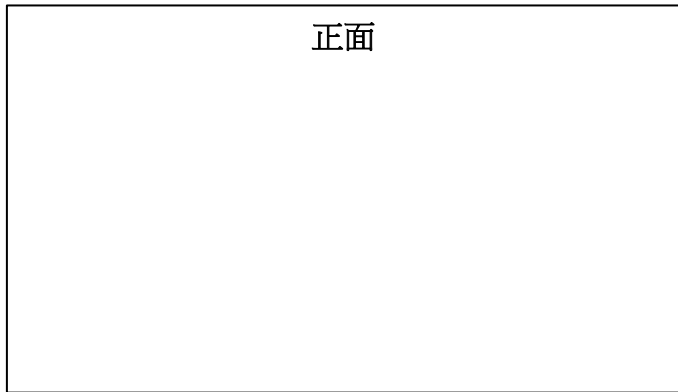
職能治療所方型印章」

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：本同意書一式二份

負責人身分證

正面



反面



負責入執業執照

正面



反面



醫事人員身分證

正面



反面



醫事人員執業執照

正面



反面



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。
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2417 陳先生
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）

| 特約層級別 | 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 |
| 診所及交付機構 | 企業型 FTTB 2M | 6,591 | 1,691 | 4,900 |
| | 企業型 FTTB 1M | 5,031 | 1,691 | 3,340 |
| | 專業型 FTTB 2M | 3,760 | 1,691 | 2,069 |
| | 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 | (07)550-7210 | juliachiu@cht.com.tw |
| 鳳山 | 林偉詠 | (07)344-7310 | (07)344-7309 | morley@cht.com.tw |
| 岡山 | 林偉詠 | (07)344-7310 | (07)344-7309 | morley@cht.com.tw |
| 旗山 | 林偉詠 | (07)344-7310 | (07)344-7309 | morley@cht.com.tw |
| 屏東 | 洪嘉宏 | (08)756-0135 0988-268260 | (08)744-0308 | kahiro@cht.com.tw |
| 屏東 | 郭雅瑩 | (08)756-0977 | (08)744-0308 | kuoyaying@cht.com.tw |
| 澎湖 | 吳育霖 | (06)9440571 | | 510@cht.com.tw |