

扣繳憑單申請書

本院所因_____，請 貴
組補發_____年度之醫療費用扣繳憑單乙份。

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

章戳

醫事機構負責人：

章戳

請使用
印泥蓋章

聯絡電話：

傳真：

聯絡人：

※為確保資訊安全，本件郵寄地址係以「特約之送達地址」
為寄件地址，若為歇業院所尚未辦理地址變更，尚 祈請
先電話：(03) 4339111 分機 3303 至 3315 醫務管理科變更
郵寄地址，變更後地址：

相關資料填寫完畢簽章後，請傳真至 (03) 4381899

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

桃園市中壢區中山東路 3 段 525 號 5 樓

電話：(03) 4339111-5030. 5029