

## 扣繳憑單、分列項目參考表申請書

本院所因\_\_\_\_\_，請 貴  
組補發\_\_\_\_\_年度之醫療費用扣繳憑單乙份、  
分列項目參考表乙份。

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