

付款通知書補發申請書

本院所因 _____ ，
請 貴組補發付款起日 _____ 付款迄日 _____
或（費用年月起 _____ 費用年月迄 _____）之醫療
費用付款通知書乙份。

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

聯絡人：

聯絡電話：

上傳 VPN 於次日自行下載

郵寄

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

電話：(03) 4339111-5030.5025

桃園市中壢區中山東路三段 525 號 5 樓綜合行政科

年 月 日