

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 _____

(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

郵寄地址 :

聯絡電話 :

傳真 :

聯絡人 :

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) 4339111-5030.5029

桃園市中壢區中山東路3段525號5樓綜合行政科

年 月 日