

醫療實付金額明細表-簡表申請書

本院所因_____，請 貴組
補發_____年度之醫療實付金額明細表-簡表乙份。

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