

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

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

行政院衛生署中央健康保險局北區業務組

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