方案之附件 1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案固接網路申請表

一、 特約醫事服務機構名稱： 代號：

二、 特約層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院
□基層診所 □其他（ ）

三、 參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。
另參加前裝設之網路頻寬 、月租費 元。

四、 參加起始日期： 年 月。

五、 是否承接其他醫事服務機構之固接網路：□是 □否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：

（一） 原特約醫事服務機構名稱 。

（二） 原特約醫事服務機構代號 。

（三） 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)

（四） 原特約醫事服務機構是否參加本方案□是 □否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

□以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

□以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、 聯絡人姓名： 電話： 傳真：
E-MAIL：

七、 特約醫事服務機構及負責人印章：

□本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

(請注意下列事項：

1. 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
3. 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)