衛生福利部中央健康保險署
全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥帳號申請表

申請日期：　　年　　月　　日

醫事機構名稱 _____　　電話：_____

醫事機構代號											所得單位扣繳統一編號								

往來金融機構	總機構名稱													代　號				
	分支機構名稱																	
	戶　　名																	
	帳　　號													靠右填寫左邊補零 （**帳號不足14碼前面請補0**）				
郵局	戶　　名													代　號				
	郵政劃撥儲金帳號																	

※如係變更費用劃撥帳號機構請加填下列原約定帳號

原約定帳號	往來金融機構	總機構名稱												代　號				
		分支機構名稱																
		戶　　名																
		帳　　號												靠右填寫左邊補零 （**帳號不足14碼前面請補0**）				
	郵局	戶　　名												代　號				
		郵政劃撥儲金帳號																

委託金融機構名稱：

004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫商業銀行	812 台新銀行
007 第一商業銀行	008 華南商業銀行	009 彰化銀行	
012 台北富邦商業銀行	016 高雄銀行	017 兆豐國際商業銀行	
050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司	808 玉山商業銀行	
815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行	

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫師姓名，在上開金融機構設立存款帳戶（聯名戶）或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，不予受理。

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章