

# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約診所填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、診所名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、診所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

## 貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、診所代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄位請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、診所設備欄請依衛生主管機關登記設置之設備填寫。
- 五、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師十七類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附該等醫事人員執業執照、身分證正反面影本。
- 六、專科醫師資格欄位不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 七、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥證明文件影本；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生署許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。
- 八、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。
- 九、診所辦理分娩業務及洗腎業務者，應另填列全民健康保險特約診所病床床號資料表。辦理分娩業務者需另填送「全民健康保險特約婦產科診所施行產科、婦科手術護產人力、設備調查表」

## 參：其他

- 一、申請書郵寄送件以郵戳日為憑。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各業務組辦理成立投保單位。
- 四、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地址	電話
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組(壽德大樓辦公室)	臺北市許昌街十七號八樓	(02)2348-6755
桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	中壢區中山東路三段五二五號	(03)433-9111
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	臺中市市政北一路六十六號	(04)2258-3988
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	臺南市公園路九十六號	(06)224-5678
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	高雄市九如二路一五七號	(07)323-3123
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	花蓮市軒轅路三十六號	(03)833-2111

# 全民健康保險特約診所申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約診所基本資料表」乙份及負責醫師證書、開業執照、執業執照、身分證正反面註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約診所，請惠予受理。

申請類別：4 基層醫療單位

申請辦理業務：A 門診診療                      C 血液透析業務                      D 兒童預防保健服務  
E 成人預防保健服務                      F 婦女子宮頸抹片檢查                      G 孕婦產前檢查  
I 分娩                      J 復健業務                      P 兒童牙齒預防保健

型態別：07 專科診所                      08 一般診所（醫務室）                      12 牙科專科診所  
13 牙科一般診所                      23 中醫專科診所                      24 中醫一般診所

此致

## 衛生福利部中央健康保險署

申請診所名稱：

診所印信



負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

診所地址：

縣市                      市鎮鄉區                      村里                      街路  
段                      巷                      弄                      號                      樓之

負責醫師戶籍地址：

縣市                      市鎮鄉區                      村里                      街路  
段                      巷                      弄                      號                      樓之

負責醫師通訊地址：

縣市                      市鎮鄉區                      村里                      街路  
段                      巷                      弄                      號                      樓之

中華民國                      年                      月                      日

# 全民健康保險特約診所基本資料表

診名	所稱						代號					
開業執照地址	縣市		市鄉鎮區		村里	街路	段	巷	弄	號	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
負責醫師				出生年月	年	月	日	最近開業日期	年	月	日	
身分證號						最近開業執照號碼						
診療科別	01 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科		06 <input type="checkbox"/> 骨科		11 <input type="checkbox"/> 皮膚科		81 <input type="checkbox"/> 麻醉科		40 <input type="checkbox"/> 牙科			
	02 <input type="checkbox"/> 內科		07 <input type="checkbox"/> 神經外科		12 <input type="checkbox"/> 神經科		82 <input type="checkbox"/> 放射線科		60 <input type="checkbox"/> 中醫			
	03 <input type="checkbox"/> 外科		08 <input type="checkbox"/> 泌尿科		13 <input type="checkbox"/> 精神科		83 <input type="checkbox"/> 病理科					
	04 <input type="checkbox"/> 小兒科		09 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉		14 <input type="checkbox"/> 復健科		84 <input type="checkbox"/> 核子醫學科					
	05 <input type="checkbox"/> 婦產科		10 <input type="checkbox"/> 眼科		15 <input type="checkbox"/> 整形外科		00 <input type="checkbox"/> 一般診療					
醫事人員數	A 醫師		F 護理師		Q 物理治療師			W 語言治療人員				
	B 中醫師		G 護士		R 職能治療師			Z 營養師				
	C 牙醫師		H 助產士		S 醫用放射線技術師(士)							
	D 藥師		J 醫事檢驗師		U 物理治療生							
	E 藥劑生		K 醫事檢驗生		V 職能治療生							
診所設施	門診手術室		<input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無			洗腎治療床			<input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無			
	產房		<input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無			嬰兒床			<input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無			
	觀察床		<input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無			產科病床			<input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無			
委託代檢之合約 <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗機構 <input type="checkbox"/> 無												
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日				
<p>一、本機構 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉有 醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 已結案。</p> <p>二、本診所違規事實概要：</p>												
<p>中 華 民 國 年 月 日</p>												
其他醫療設備	01 <input type="checkbox"/> 血液透析機 _____ 臺		07 <input type="checkbox"/> 高壓氧 _____ 臺		13 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機 _____ 臺							
	02 <input type="checkbox"/> 血管造影設備 _____ 臺		08 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀 _____ 臺		14 <input type="checkbox"/> 彩色超音波 _____ 臺							
	03 <input type="checkbox"/> 眼科鐳射機 _____ 臺		09 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備 _____ 臺		15 <input type="checkbox"/> 心導管設備 _____ 臺							
	04 <input type="checkbox"/> 超音波 _____ 臺		10 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀 _____ 臺		16 <input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石 _____ 臺							
	05 <input type="checkbox"/> 內視鏡 _____ 臺		11 <input type="checkbox"/> 血管攝影X光機 _____ 臺		17 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機 _____ 臺							
	06 <input type="checkbox"/> 牙科型X光機 _____ 臺		12 <input type="checkbox"/> 乳房X光攝影 _____ 臺									
醫事服務機構其他基本資料	性質		<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 財團法人 <input type="checkbox"/> 私立(合夥) <input type="checkbox"/> 私立(獨資)		單位所得稅統一編號							
	傳真號碼					電話號碼						

