

全民健康保險保險憑證讀卡設備之安全模組卡申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位	<input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 投保單位 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所	<input type="checkbox"/> 聯合服務中心或聯絡辦公室 <input type="checkbox"/> 聯合門診中心 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 本署或各分區業務組
申請單位名稱			
申請單位代號			聯絡人
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳真			注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
e-mail			
申請原因及應檢附資料	<input type="checkbox"/> 新特約 <input type="checkbox"/> 1. 新特約 (附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人之新特約 (附讀卡設備轉讓證明及轉讓之特約醫事服務機構之安全模組卡) <input type="checkbox"/> 增購讀卡設備 (附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 毀損換發 (附毀損之安全模組卡及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發 (附郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發, 原申請日期 _____		
申請發卡數量	(份)		
<p>※ 若申請原因為「毀損換發」或「遺失補發」, 請務必在下列欄位逐一填寫「毀損」或「遺失」的安全模組卡編號, 毀損換發檢還安全模組卡, 以利本署後續處理避免 貴單位權益受損。謝謝!</p> <p>(請以正楷填寫, 字體請勿潦草)</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____</p>			
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位:	業務組		核准數量: _____ (份)
承辦人	複核	單位主管	不核准原因:
			<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

備註：1. 若遺失或毀損請檢附郵政劃撥收據影本

(戶名：衛生福利部中央健康保險署 帳號：18089434 費用 500 元/份)

2. 本申請表請郵寄衛生福利部中央健康保險署中區業務組，地址：407 臺中市西屯區市政北一路 66 號 6 樓，電話：04-22583988

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組卡裝妥，鎖緊機殼才可通電。

(2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組卡。

(3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡 (回傳代碼 6005)。