

全民健康保險醫事服務機構其他基本資料異動申請表

醫事服務機構名稱		醫院診所	代號								申請日期	年 月 日
											文 號	

其他基本資料異動申請檢附文件

注意事項	<p style="color: red;">一、請於勾選欄勾取欲變更項目方格。</p> <p style="color: red;">二、欲變更項目所對應的「說明欄」請務必確實填寫（起、止）日期、原因。</p> <p style="color: red;">三、請注意備註欄說明事項。</p>						
勾選欄	異動項目	檢 附 文 件				說 明 欄	備 註
		衛生局核准文件	劃撥轉帳資料卡	身分證正本或影印本	合約印鑑		
<input type="checkbox"/>	(一) 休診	√				自民國 年 月 日起 至民國 年 月 日止	◎超過30日需先向衛生局報備同意。
<input type="checkbox"/>	(二) 變更醫事服務機構印鑑		√	√	√	原因：	◎負責醫師親至本業務組辦理，不接受以郵寄方式申請。
<input type="checkbox"/>	(三) 自行解約			√	√	原因： 日期：	

特約醫事服務機構合約印鑑	負責醫事人員印鑑
用印處	用印處