

# 全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳帳號異動申請書

醫事機構名稱 / 代號：

所得單位扣繳統一編號：

原帳號：

銀行	總機構名稱		代號			
	分支機構名稱					
	存款總類	<input type="checkbox"/> 支票存款 <input type="checkbox"/> 活期存款 <input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款				
	戶名					
	帳號					
郵局	戶名					
	郵政劃撥儲金帳號					

## 新帳號 (附存摺封面影本)

銀行	總機構名稱		代號			
	分支機構名稱					
	存款總類	<input type="checkbox"/> 支票存款 <input type="checkbox"/> 活期存款 <input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款				
	戶名					
	帳號					
郵局	戶名					
	郵政劃撥儲金帳號					

請蓋原合約印鑑

特約醫事機構印鑑	負責醫事人員印鑑

備註：

- 一、本申請書由  負責醫事人員本人  代理人 \_\_\_\_\_ 親自於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至  本署南區業務組醫務管理科  \_\_\_\_\_ 聯絡辦公室辦理。

(負責人親辦：請攜帶身分證正本及影本、存摺封面影本)

(委託辦理：受委託人身分證正本及影本、委託書、負責人身分證影本、存摺封面影本)
- 二、委託代繳全民健康保險費轉帳帳號是否同時異動，如是，請填寫「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，下載路徑

[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\\_id=879&WD\\_ID=879&webdata\\_id=2658](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=879&WD_ID=879&webdata_id=2658)，本署將一併辦理。

聯絡辦公室收件人	醫管科承辦人	複核	科長