

## 同意書（私立醫療機構適用）

\_\_\_\_\_醫院（診所）\_\_\_\_\_（代號）負責醫師\_\_\_\_\_

同意下列事項：

- 一、\_\_\_\_\_醫院（診所）\_\_\_\_\_（代號）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金及利息），由本醫院（診所）承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本醫院（診所）之醫療費用中扣抵。
- 二、\_\_\_\_\_醫院（診所）負責人\_\_\_\_\_與本醫院（診所）負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本醫院（診所）與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「\_\_\_\_\_醫院（診所）」

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫師姓名：\_\_\_\_\_ 簽章

醫院或診所方型印章

「由負責醫師親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

」 電話：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日