

全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心案件展延申請單

日期：____年____月____日

受理序號：_____ (由中心填寫)

說明：

- (1) 申請案件於資料使用期限結束後，如因期刊、論文資料審查需求，得檢具證明文件於資料檔保存狀況許可下，應提出書面申請展延使用期限暨保留研究分析檔案，並依「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」繳交相關費用。
- (2) 前項證明文件應足資證明期刊、論文資料審查需求，不得有造假情形，如經查證屬實，除撤銷申請外，並應承擔相關法律責任。
- (3) 展延期間之案件預約、研究人員實地操作費、資料代處理分析費及資料保存費依據「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」、「全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心作業要點」及「全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心現場作業規範」規定辦理。

申請者資料			
姓 名		職 稱	
服 務 機 構		身 分 證 字 號	
服 務 單 位		聯 絡 電 話	
電 子 郵 件			
聯 絡 地 址			
聯 絡 人 姓 名		聯 絡 人 電 話	
目 的 及 用 途	<input type="checkbox"/> 碩、博士論文 <input type="checkbox"/> 研究計畫：補助單位 _____、計畫編號 _____ 計畫名稱 _____ 計畫主持人 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
原 受 理 序 號			

3 案件展延申請單

展 延 理 由	<input type="checkbox"/> 投稿中期刊之修訂 期刊名稱：_____
	<input type="checkbox"/> 碩、博士論文 學生姓名：_____
證明文件類別	<input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 書面文件 <input type="checkbox"/> 其他_____
預計展延期限	_____ (展延期算以半年計；最多展延期限為一年)(按收費標準計費)
預計使用日數	_____ 日 (按收費標準計費)

本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤，並僅同意提供貴中心作業之用。
 (同意請打勾)

申請者簽章：_____

審核結果 <input type="checkbox"/> 同意展延至__年__月__日 <input type="checkbox"/> 不同意展延 審核意見 _____
費用 總計新台幣_____元整，費用明細如下：
※粗黑雙框由本中心填寫。 ※上列費用請於收到繳費通知後 2 週內至銀行繳費(並請註明收據抬頭及聯絡人、中央健康保險署規費 受理序號：_____)。銀行：台灣銀行信安分行 帳號：240036000018·戶名：衛生福利部中央健康保險署 301 專戶·並將匯款單據回復至本中心收件人。