

醫療費用電子化作業同意申請表

_____ (院所代號：_____)

同意自_____年_____月(費用年月)起依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條(詳註)規定辦理。

※若貴院所含括不同總額，請勾選參與之總額別：

◎西醫醫院：全部

部分—12門診 22住診 13牙醫 14中醫 15洗腎

◎西醫基層：全部

部分—11門診 21住診 13牙醫 14中醫 15洗腎

連絡人姓名：_____ 電話：_____

E-MAIL：_____

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事服務機構地址：_____

代表人(公立醫事服務機構適用)/負責醫事人員

姓名：_____ (簽章)

醫事服務機構

用 印

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條：

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎請將本申請表郵寄至_____臺中市市政北一路 66 號(健保署中區業務組醫療費用各科)

電話：(04)22583988 轉費用承辦人

FAX：_____