

# 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。

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)



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 台北市中正區公園路 15-1 號 3 樓 (中央健康保險署臺北業務組醫療費用二科)

電話：洽各轄區費用經辦      FAX：(02)23820874 或 (02)23486448