醫事服務機構申請辦理全民健康保險呼吸照護業務填表須知

壹：申請書部分

一、申請呼吸照護機構名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。

二、呼吸照護機構地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：呼吸照護機構基本資料表部分

一、呼吸照護機構代號請向當地衛生主管機關申請後填入。

二、負責人執業年資欄請填寫最近2年執業資料。

三、醫事人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。

四、醫事人員類別欄請填呼吸治療師，並檢附執業執照正反面影本。

五、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經公證證明文件影本（應註明與正本相符）；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。

六、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：其他：

一、申請資料填寫不完整者，不予受理。

二、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收 件 單 位	地　　址
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 台北業務組 TEL：02-25232388	臺北市許昌街17號(壽德大樓)7樓至9樓
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組 TEL：03-4339111	桃園縣中壢市中山東路3段525號
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 TEL：04-22583988	臺中市西屯區市政北一路66號（國雄大樓6樓）
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組 TEL：06-2245678	臺南市公園路96號
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組 TEL：07-2315151	高雄市中正四路259號
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組 TEL：03-8332333	花蓮市軒轅路36號

全民健康保險特約呼吸照護所送件清單

醫事服務機構名稱：_____醫事服務機構代號：_____

◎檢附資料：

- ☐ 申請書、基本資料表
- ☐ 開業執照影本（開業日期：_____年_____月_____日）
- ☐ 所有醫事人員身份證、執業執照正反面影本
- ☐ 轉帳資料卡【附聯名戶開戶存摺正面影本（例：王美麗居家護理所王美麗)】
- ☐ 印鑑卡
- ☐ 國稅局統一編號編配通知書影本
- ☐ 成立投保單位證明(檢附「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」)
- ☐ 概括同意書【變更或曾任負責人(含跨區遷址)】一式二份（簽約時負責人當面親簽）
- ☐ 私立合夥（需檢附經公證之合夥文件影本）
- ☐ 與健保特約醫院轉診契約書影本（獨立機構）
- ☐ 「即時查詢病患就醫資訊方案」申請表
- ☐ 「醫療費用電子化作業」同意申請表

負責人手機（供本組發送訊息）：_____

送件人：_____　　收件日：_____年_____月_____日

送件人聯絡電話：_____　　收件人：_____

院所電子信箱帳號：_____

呼吸照護專業人員24小時電話諮詢專線：_____

QR-WKOH-203-12-A

醫事服務機構申請全民健康保險特約注意事項

1. 檢具全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱本辦法）第 3 條所定相關文件，保險人受理申請後 30 日內完成審查，必要時得延長 30 日。
2. 申請特約之機構或其負責醫事人員有本辦法第 4 條及第 5 條所列情事之一者（如：受停止特約或終止合約處分尚未期滿...等），於前開原因未消失前，不予特約。
3. 涉及違規（約）應受停止特約或終止特約處分之機構，以變更負責醫事人員再申請特約者，應俟本署審查確認無不予特約之事實始合約生效，本署未同意特約前相關醫療費用本保險不給付。
4. 醫事機構申請特約，其申請特約日前 5 年內，未有本辦法第 38 條至第 40 條或第 47 條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起 15 個工作天者，經保險人審查合格後，特約生效日得追溯至開業執照核發日。如逾開業執照核發日期 15 個工作天申請特約者，其經審查合格者，其合約生效日自申請日起生效。
5. 申辦復健業務、單一劑量藥事服務、醫院住院業務...等需實地訪查之特殊業務，應經本署訪評核准後始生效。
6. 機構變更負責醫師，係屬新機構，原址核准之業務（如復健、血液透析、單一劑量藥事服務作業、跨表、事前審查案件、醫師支援案、各項試辦計畫、醫療給付改善方案、國健署之預防保健業務...等）即終止辦理。新機構如需繼續辦理是項業務，應檢附相關證件資料重新申請。未經本署審核同意者，不予給付相關醫療費用。
7. 特約核定日（完成特約之函文日期）起 30 個日曆天後，不得以異常就醫序號 G000 申報醫療費用（違反者退件），惟前項期間末日為例假日者，順延之。（醫事機構代碼不變者可正常取就醫序號）
8. 醫事服務機構與本保險人特約核定後，本署自動核發 1 組雲端安全模組。
   送件人簽章：_____
9. 機構之醫療費用申報，應自本署函知同意特約後，始予受理。
10. **送件日概以特約資料檢送完整日認定。**
11. **本業務組通知簽約後，由負責醫事人員親自到場辦理簽約。**
12. 送件完成後請至預約系統申請簽約時間，網址：http://www.nhi.gov.tw
    首頁>健保服務>健保醫療服務>特約申請與變更>新特約院所預約簽約系統。

醫事機構代號：_____醫事機構名稱：_____

送件人簽章：_____※註明與醫事機構關係：_____

負責醫事人員簽章：_____送件日期：_____年____月_____日

本注意事項內容由本組人員充分告知，副本已交由_____簽收

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

QR-WKOH-203-01-C

全民健康保險特約呼吸照護機構申請書

茲擬申請辦理全民健康保險呼吸照護業務，特檢具全民健康保險特約呼吸照護機構基本資料表乙份及負責人身分證正反面、開業執照、執業執照、呼吸治療師之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約呼吸照護機構，請惠予受理。

特約核定日（完成特約之函文日期）起30個日曆天後，不得以異常就醫序號G000申報醫療費用（違反者退件），惟前項期間末日為例假日者，順延之。醫事服務機構與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組。

此　　致

衛生福利部中央健康保險署

申請呼吸照護機構名稱：

負責人：　　簽章：　　（呼吸照護機構印信）

呼吸照護機構地址：　縣市　市鎮鄉區　村里　街路
段　巷　弄　號　樓之

負責人戶籍地址：　縣市　市鎮鄉區　村里　街路
段　巷　弄　號　樓之

負責人通訊地址：　縣市　市鎮鄉區　村里　街路
段　巷　弄　號　樓之

中　華　民　國　　年　　月　　日

QR-WKOH-203-41-A

全民健康保險特約呼吸照護機構基本資料表

呼吸照護機構名稱											代號			
開業執照地址	郵遞區號□□□□□ 縣市 市鎮鄉區 村里 街路 巷 弄 號 樓													
負責人		出生年月	年 月 日	最近開業日期	年 月 日									
身分證號											最近開業執照號碼			
負責人執業年資計年														

執業經歷	執業地點	執業場所名稱	執業起迄日期
	市縣 市區鎮鄉		年 月 日至 年 月 日
	市縣 市區鎮鄉		年 月 日至 年 月 日
	市縣 市區鎮鄉		年 月 日至 年 月 日

醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

一、本□機構 □涉有醫療管理法規違規情事，目前□已結案。
□負責人 □未涉有療管理法規違規情事 □未結案。

二、本機構違規事實概要：

中華民國 年 月 日

其他醫事服務機構基本資料	性質	□私立合夥 □私立獨資	單位所得稅統一編號							
	傳真號碼		電話號碼							
	本欄不須由衛生局查驗核章									

QR-WKOH-203-42-A

負責人身分證影本

正面	反面

負責人執業執照影本

正面	反面

醫事人員身分證影本

正面	反面

醫事人員執業執照影本

正面	反面

全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

醫事機構代號 | | | | | | | | | | 所得單位扣繳統一編號 | | | | | | | | |

往來銀行	總機構名稱		代號	
	分支機構名稱			
	存款種類			
	戶名			
	帳號		靠右填寫左邊補零 (請勿填寫「-」)	
往來郵局	戶名			
	郵政劃撥儲金帳號			

委託金融機構名稱：

004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫銀行	007 第一商業銀行
008 華南商業銀行	009 彰化商業銀行	012 臺北富邦銀行	016 高雄銀行
017 兆豐國際商業銀行	050 台灣中小企業銀行	700 郵政儲金匯業局	808 玉山商業銀行
812 台新國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行	

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫事人員姓名，在上開金融機構設立存款帳戶或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，無法受理。

醫事機構代號： 醫事機構名稱：	負責醫事人員姓名：
請蓋合約章（特約醫事機構）	請蓋合約章（負責醫事人員章）

核定生效日期：

QR-WK0H-209-01-C

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

<table>
<tr><td colspan="2">醫事服務機構代號</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">醫事服務機構名稱</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">負責人姓名</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">印鑑建立/變更日期(免填)</td><td colspan="10">年　　月　　日(免填)</td></tr>
<tr><td colspan="2">合約書編號(免填)</td><td colspan="10">No</td></tr>
<tr><td rowspan="2">請蓋合約書印鑑</td><td>醫事服務機構印鑑章
（大章）</td><td colspan="10">負責醫事人員印鑑章
（小章）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="10"></td></tr>
</table>

轉帳繳納好處多

旅遊、遷址不擔心

不需上街頭

不怕漏繳健保費

以轉帳代繳健保費者，將於申請後 45 至 60 個工作天生效，生效後當月份保費固定於次次月 15 日(如遇假日則順延至下 1 個工作天)才扣繳，例如：109 年 5 月份保費於 109 年 7 月 15 日扣繳、109 年 6 月份保費於 109 年 8 月 17 日扣繳(8 月 15 日為週六)，以此類推。如存款不足，將依轉帳結果另寄繳款單，惟因已逾寬限期，繳納保費後依法將加徵滯納金，所以請您多留意轉帳帳戶內的存款餘額是否足夠扣繳。**(背面有委託轉帳代繳保險費約定書，請填寫後直接至金融機構辦理或寄回本署高屏業務組(801 高雄市前金區中正四路 259 號)**

如有疑問，請電洽高屏業務組

免費諮詢服務電話 0800-030-598 或

電話服務中心 (07) 2315151

健保署全球資訊網 http://www.nhi.gov.tw

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組　關心您

新增/註銷 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書

（投保單位專用）

立約定書人茲向貴行（局、庫、社、會）申請（□新增□註銷）委託轉帳代繳全民健康保險費，請依照本約定書所載約定事項之規定，逕自下列指定轉帳代繳帳戶（□辦理□終止）轉帳代繳下表所列繳款代號之保險費。

此致

_____ 郵局

（立帳局號□□□□□□—□）

存簿儲金帳號□□□□□□—□

或劃撥儲金帳號□□□□□□□□

_____ 銀行（局、庫、社、會）

_____ 分行（分局、支庫、分社）

帳號□□□□□□□□□□□□□□

立約定書人(帳戶本人)姓名或單位名稱：_____ 簽名及蓋章

（請蓋存款戶印鑑）

聯絡電話：（公）_____ （宅）_____

投保單位名稱	投保單位代號	營利事業統一編號（由雇主或立為投保單位之外僱雇主，免填）

約定事項

中華民國　　年　　月　　日

一、立約定書人（以下簡稱立約人）填具本約定書，委託貴行（局、庫、社、會）自指定之存款帳戶（以下簡稱轉帳代繳帳戶）轉帳代繳全民健康保險保險費（以下簡稱保險費）。如因約定書內容填寫不全、錯誤或其他原因，致貴行（局、庫、社、會）無法辦理轉帳，則本約定書不生效力。(被保險人姓名或投保單位名稱及投保單位代號可參閱最近月份保險費繳款單)

二、立約人申請轉帳代繳保險費，同意自貴行（局、庫、社、會）接受委託，並洽妥衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）分區業務組完成建檔之月份（以申請之次月為原則）起開始轉帳。在未建檔前各月份之保險費，仍由保險費繳款人（以下簡稱繳款人）自行繳納。

三、貴行（局、庫、社、會）代繳義務，以立約人轉帳代繳帳戶餘額足敷委託代繳之保險費為限。貴行（局、庫、社、會）應於每月十五日轉帳（如遇假日為其次一營業日），倘存款不足，則由繳款人自行持保險費繳款單至指定之金融機構繳納。如繳款人因此而須負擔滯納金，概由立約人負責。

四、立約人委託代繳保險費，如轉帳代繳帳戶因遭法院強制執行或其他事故致無法代繳時，貴行(局、庫、社、會）得終止代繳之約定，其因此而致繳款人須負擔滯納金，概由立約人負責。

五、立約人擬在貴行（局、庫、社、會）另行指定轉帳代繳帳戶時，應註銷原委託約定且重新填具約定書；並同意自貴行（局、庫、社、會）受理變更，及洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份（以申請之次月為原則）起，由新帳戶代繳保險費。

六、立約人委託代繳保險費，在未終止委託前，不得藉故拒絕繳納保險費，否則因此而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。

七、立約人委託代繳保險費，在未終止委託前，自行結清轉帳代繳帳戶時，視同自動解除代繳之約定，其因此而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。

八、貴行（局、庫、社、會）或立約人皆得隨時以書面通知對方終止代繳契約。立約人終止代繳時應填具「註銷委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，並自貴行（局、庫、社、會）接受註銷委託，並洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份（以申請之次月為原則）起，終止以該帳號轉帳代繳保險費。其因註銷委託而致繳款人須負擔滯納金時，概由立約人負責。

九、立約人指定之轉帳代繳帳戶為支票存款帳戶者，倘因扣繳保險費而致存款不足，發生退票情事，由立約人自行負責。

因應政府無紙化及電子化政策之推動，本署多憑證網路系統可申辦承保異動、電子繳款單及繳納證明暨下載列印服務，敬請支持與配合。

同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

_____呼吸照護所（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

一、_____呼吸照護所（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），由本呼吸照護所承担，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本呼吸照護所之醫療費用中扣抵。

二、_____呼吸照護所（代號：_____）負責人_____與本呼吸照護所負連帶清償責任。

三、以上表述各節列為本呼吸照護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：

「 _____呼吸照護所

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫事人員姓名： 簽章

「由負責醫事人員親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

代表人姓名： 簽章

「由代表人親自當面蓋章」

呼吸照護所方型印章 」

戶籍地址:

身分證字號:

電話:

中華民國 年 月 日

註：本同意書一式二份

QR-WK0H-203-48-B

同意書（私立醫療機構、醫療社團法人適用）

_____呼吸照護所（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

一、_____呼吸照護所（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），由本呼吸照護所承担，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本呼吸照護所之醫療費用中扣抵。

二、_____呼吸照護所（代號：_____）負責人_____與本呼吸照護所負連帶清償責任。

三、以上表述各節列為本呼吸照護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：

「 _____呼吸照護所

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫事人員姓名： 簽章

「由負責醫事人員親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

代表人姓名： 簽章

「由代表人親自當面蓋章」

呼吸照護所方型印章 」

戶籍地址:

身分證字號:

電話:

中華民國 年 月 日

註：本同意書一式二份

QR-WK0H-203-48-B

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。

申請醫事類別：　□門診西醫基層　□門診洗腎　□住診西醫基層

□交付機構　□其它

連絡人姓名：_____ 電話：_____

E-MAIL：

醫事服務機構地址:

此致

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

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

醫事服務機構

用　　印

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：807 高雄市前金區中正四路259號 醫療費用二科
電話：(07)231-5151 #費用經辦人

雲端安全模組申請流程

親愛的醫事服務機構您好:

本署配合政府無紙化政策及提升雙方業務時效性，推動雲端安全模組線上申請方式。

✓ 操作手冊下載：

有關雲端申請安全模組操作手冊與簡報已放置於健保資訊網服務系統(VPN)網址：https://medvpn.nhi.gov.tw/

（路徑:下載專區/共通作業/服務項目/電腦設定）

✓ 讀卡機控制軟體 5.0 版下載

請由健保署全球資訊網進入 https://www.nhi.gov.tw/

(路徑:首頁/主題專區/健保卡/健保卡資料下載區)

✓ 諮詢窗口

轉換作業及控制軟體諮詢窗口（週一至週五上班期間）：

電話02-27065866 分機6188、6189、6190。

電子郵件：nhi.vpn.iisi@gmail.com

✓ 申請方式：

1、 醫事機構登入→醫事機構卡

2、 需插入醫事機構卡及輸入PIN碼登入認證

3、機構代表作業→雲端安全模組申請、下載

4、 填寫表單進行申請-新增。

5、 審核通過後下載雲端安全模組檔

醫療院所識別檔，檔名是「醫療院所代號」+「安全模組代號」.SAM

✓ 注意事項

(1) 申請至核發安全模組時間為：2 個工作天。

(2) 一個醫療院所只需申請一組雲端安全模組檔，便可自行複製使用。

(3) 申請雲端安全模組均不收費。

(4) 需準備兩台一般讀卡機，原則上標明可支援自然人憑證或其他政府公開憑證的晶片讀卡機皆可，可參考內政部自然人憑證網站。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案**行動網路**申請表

一、　特約醫事服務機構名稱：　　代號：

地址：_____

二、　特約層級別：□醫學中心　□區域醫院　□地區醫院

□基層診所　□其他（　　）

三、　參加本方案申裝之行動網路類型□4G、月租費 175 元。

四、　參加起始日期：　年　月。

五、　因應何類業務需申請行動網路：

□新型冠狀病毒肺炎疫情

□居家醫療照護服務

□西醫醫療資源不足地區改善方案

□中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

□牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

□山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

□其他(請敘明業務需求　　)

六、　申請數量：□1 組　□2 組(如申請 2 組，請敘明原因及檢附相關佐證資料：

七、　是否承接其他醫事服務機構之行動網路：□是 □否，如承接者，請填寫下列資料：

（一）　原特約醫事服務機構名稱　　。

（二）　原特約醫事服務機構代號　　。

（三）　承接日期　年　月　日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)

（四）　原特約醫事服務機構是否參加本方案□是 □否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

□以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

□以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

八、　聯絡人姓名：　　電話：　　傳真：

E-MAIL：

九、　特約醫事服務機構及負責人印章：

個人資料收集處理及利用同意書
□本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次行動網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫行動網路線路安裝事宜。 特約醫事服務機構及負責人印章： 中華民國　　年　　月　　日

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

高屏業務組聯絡電話：07-231-5151轉2413 陳小姐

寄回：801高雄市前金區中正四路259號 醫務管理科收

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

方案類型	優惠月租費率（元/月）	最高收費金額（單位：新台幣元）	方案內容
4G	175	799 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送KB數量另計，每KB 0.00023元。

行動網路支付上限：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額**核實支付**。
2. 支付方式及支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限
3. 行動網點：如無限基地台，需購買行動訊號機2,990元

營運處	專案經理	聯絡電話	傳真	e-mail
高雄	邱品瑄	(07)550-7165	(07)550-7210	juliachiu@cht.com.tw
鳳山	林倖詠	(07)344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
岡山	林倖詠	(07)344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
旗山	林倖詠	(07)344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
屏東	郭雅瑩	(08)756-0977	(08)744-0308	kuoyaying@cht.com.tw
澎湖	翁安勝	(06)944-0573		abee@cht.com.tw

行動網卡：劉國偉 02-23266538