**公立機構、財團法人、醫療社團法人**

**變更負責人送件清單**

醫事服務機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫事服務機構代號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

◎檢附資料：

□備文向本業務組辦理（或異動三聯單）

□衛生主管機構核准公文（或五聯單）

□舊合約書

□合約書末頁

□概括承受同意書(正本一式二份)

□轉帳資料卡、印鑑卡及開戶存摺影本(或對帳單影本)

□變更後開業執照影本

□負責醫師執業執照影本

□即時查詢病患就醫資訊方案（已申請者免填寫）

送件人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_收件人：

送件人聯絡電話：（ ） 收件日期： 年\_\_\_\_月 日

負責人手機：

E-mail：

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第一聯）

醫療院所名稱： 代號：

地址： 醫療機構暨醫師簽章：

申報日期：　年　月　日 承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動　　※（異動原因代碼１.增聘　２.離職 ３. 其他）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人員  類別 | 姓名 | 身分證字號 | 異動  原因 | 異動日期 | 人員類別 | 姓名 | 身分證字號 | 異動  原因 | 異動日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫師 | 中醫師 | 牙醫師 | 藥師 | 藥劑生 | 醫檢師 | 放射技  術人員 | 營養師 | 護士 | 護理師 | 復健治療人　　員 | 助產士 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、支援醫師

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫師姓名 | 身分證字號 | 支援機構代號 | 支援機構名稱 | 支援起  迄日期 | 每週支  援時段 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

三、其他異動事項：

🞎變更劃撥轉帳帳號 🞎同鄉鎮市區地址變更(另檢送勞健變更表格或健保專用表格)

🞎醫療機構名稱變更 🞎病床床數或床號異動 🞎增加設備 🞎診療科別異動

🞎報備休診（期間：自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）

🞎其他（請說明）：

* 以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

◎受理編號：醫管行字第　　　　　　　　　　號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

🞎同意登記備查，並做為審查費用依據。

🞎請於二週內補送下列證明文件或說明：

（ ）

* 詢問電話：07-2315151轉6051

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 電  腦  鍵入 |  | 承  辦  人 |  | 專  員 |  | 科  長 |  |

第一聯　高屏業務組存根聯

QR-WK0H-206-01-B

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第二聯）

醫療院所名稱： 代號：

地址： 醫療機構暨醫師簽章：

申報日期：　年　月　日 承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動　　※（異動原因代碼１.增聘　２.　離職 ３. 其他）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人員  類別 | 姓名 | 身分證字號 | 異動  原因 | 異動日期 | 人員類別 | 姓名 | 身分證字號 | 異動  原因 | 異動日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫師 | 中醫師 | 牙醫師 | 藥師 | 藥劑生 | 醫檢師 | 放射技  術人員 | 營養師 | 護士 | 護理師 | 復健治療人　　員 | 助產士 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、支援醫師

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫師姓名 | 身分證字號 | 支援機構代號 | 支援機構名稱 | 支援起  迄日期 | 每週支  援時段 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

三、其他異動事項：

🞎變更劃撥轉帳帳號 🞎同鄉鎮市區地址變更(另檢送勞健變更表格或健保專用表格)

🞎醫療機構名稱變更 🞎病床床數或床號異動 🞎增加設備 🞎診療科別異動

🞎報備休診（期間：自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）

🞎其他（請說明）：

以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

◎受理編號：醫管行字第　　　　　　　　　　號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

🞎同意登記備查，並做為審查費用依據。

🞎請於二週內補送下列證明文件或說明：

（ ）

* 詢問電話：07-2315151轉6051

第二聯 費用科存查聯

QR-WK0H-206-01-B

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第三聯）

醫療院所名稱： 代號：

地址： 醫療機構暨醫師簽章：

申報日期：　年　月　日 承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動　　※（異動原因代碼１.增聘　２.　離職 ３. 其他）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人員  類別 | 姓名 | 身分證字號 | 異動  原因 | 異動日期 | 人員類別 | 姓名 | 身分證字號 | 異動  原因 | 異動日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫師 | 中醫師 | 牙醫師 | 藥師 | 藥劑生 | 醫檢師 | 放射技  術人員 | 營養師 | 護士 | 護理師 | 復健治療人　　員 | 助產士 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、支援醫師

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫師姓名 | 身分證字號 | 支援機構代號 | 支援機構名稱 | 支援起  迄日期 | 每週支  援時段 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

三、其他異動事項：

🞎變更劃撥轉帳帳號 🞎同鄉鎮市區地址變更(另檢送勞健變更表格或健保專用表格)

🞎醫療機構名稱變更 🞎病床床數或床號異動 🞎增加設備 🞎診療科別異動

🞎報備休診（期間：自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日）

🞎其他（請說明）：

* 以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

◎受理編號：醫管行字第　　　　　　　　　　號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

🞎同意登記備查，並做為審查費用依據。

🞎請於二週內補送下列證明文件或說明：

（ ）

* 詢問電話：07-2315151轉6051

第三聯　登錄通知聯

QR-WK0H-206-01-B

**同 意 書 （公立醫療機構、財團法人醫療機構、醫療社團法人**

**或其他法人依規定附設醫療機構適用）**

**本醫事服務機構名稱 （醫事服務機構代號 ）   
  
係衛生福利部中央健康保險署之特約醫事服務機構，茲同意衛生福利部中央健康保險署**

**醫院 醫院**

**對本 變更負責醫師前之醫療費用溢付，得於變更負責醫師後之本 醫療費用**

**診所 診所**

**應付款中直接扣抵，以上表述各節列為院（所）與衛生福利部中央健康保險署間所簽之**

**「全民健康保險醫事服務機構合約」之一部分，特立此書為憑。**

**立書人：**

**醫院**

**診所**

**醫療院所代號：**

**醫療院所住址：**

**代 表 人：**

**新負責醫師姓名：**

**（新負責醫師親簽）**

**身分證字號：**

**戶籍地址：**

**通訊地址：**

**電 話：**

**原負責醫師姓名：**

**身分證字號：**

**戶籍地址：**

**通訊地址：**

**電 話：**

**中 華 民 國 年 月 日**

QR-WKOH-203-25-B

**同 意 書 （公立醫療機構、財團法人醫療機構、醫療社團法人**

**或其他法人依規定附設醫療機構適用）**

**本醫事服務機構名稱 （醫事服務機構代號 ）  
  
係衛生福利部中央健康保險署之特約醫事服務機構，茲同意衛生福利部中央健康保險署**

**醫院 醫院**

**對本 變更負責醫師前之醫療費用溢付，得於變更負責醫師後之本 醫療費用**

**診所 診所**

**應付款中直接扣抵，以上表述各節列為院（所）與衛生福利部中央健康保險署間所簽之**

**「全民健康保險醫事服務機構合約」之一部分，特立此書為憑。**

**立書人：**

**醫院**

**診所**

**醫療院所代號：**

**醫療院所住址：**

**代 表 人：**

**新負責醫師姓名：**

**（新負責醫師親簽）**

**身分證字號：**

**戶籍地址：**

**通訊地址：**

**電 話：**

**原負責醫師姓名：**

**身分證字號：**

**戶籍地址：**

**通訊地址：**

**電 話：**

**中 華 民 國 年 月 日**

QR-WKOH-203-25-B

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  師  章  ︶ |

核定生效日期：

QR-WKOH-209-01-C

**全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫事服務機構代號 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫事服務機構名稱 | |  | | | | | | | | | |
| 負責人姓名 | |  | | | | | | | | | |
| 印鑑建立/變更日期 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 合約書編號 | | No | | | | | | | | | |
| 請  蓋  合  約  書  印  鑑 | 醫事服務機構印鑑章  （大章） | 負責醫事人員印鑑章  （小章） | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |

表單編號：QR-UK0F-003-F11-A

**負責醫師執業執照 負責醫師執業執照**

**反面**

**正面**