

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

對本 ^{醫院} 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 ^{醫院} 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

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

對本醫院 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院 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：



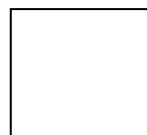
原負責醫師姓名：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電 話：



中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

[illegible]

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：	負責醫事人員姓名：_____
醫事機構名稱：	
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

正面

負責醫師執業執照

反面