

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 2418 梁先生
寄回：801 高雄市前金區中正四路 259 號 11 樓 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	林偉詠	(07)344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
岡山	林偉詠	(07)344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
旗山	林偉詠	(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