附表一

解約申請書

受文者：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

主旨： 醫院、診所、藥局申請解約

說明： 醫院、診所、藥局於 年 月 日因

* 歇業
* 變更負責醫師 (擇一勾選)
* 跨區遷址
* 自行終止特約

**以上勾選皆需另檢送勞健合用表格或健保專用表格**

經衛生主管機關註銷原有開業執照、自註銷日起終止合約。

申請人：

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代號：

負責人姓名：

解約後相關文件送達地址：

 (醫事機構合約章) (負責人合約章)

 中華民國 年 月 日

QR-WKOH-204-01-A

 請附負責人身分證影印本

**正面**

**反面**

QR-WK0H-204-02-A