

醫療院所歇業變更通訊地址及連絡電話申請書

醫事機構名稱：_____

醫事機構代號：_____

歇業日期：_____年_____月_____日

變更後通訊地址：_____

變更後連絡電話：_____

手機號碼：_____

原合約印信

原合約印鑑

中華民國_____年_____月_____日

備註：

- 1、本署臺北業務組收到您的申請書維護電腦系統後備查，將不再另發函通知。
- 2、請填妥本申請書後寄至本署臺北業務組醫務管理科、地址：100 台北市中正區許昌街 17 號 8 樓(諮詢電話：02-2348-6755)

(以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位請勿填寫)

審核同意

審核不同意，原因_____

電腦鍵入	經 辦	複 核	決 行