

衛生福利部中央健康保險署
全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥帳號申請表

申請日期： 年 月 日

醫事機構名稱 _____ 電話： _____

醫事機構代號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 所得單位扣繳統一編號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

往來金融機構	總機構名稱		代號						
	分支機構名稱								
	戶名								
	帳號							靠右填寫左邊補零 (帳號不足14碼前面請補0)	
郵局	戶名					代號			
	郵政劃撥儲金帳號								

※如係變更費用劃撥帳號機構請加填下列原約定帳號

原約定帳號	往來金融機構	總機構名稱		代號						
		分支機構名稱								
		戶名								
		帳號							靠右填寫左邊補零 (帳號不足14碼前面請補0)	
	郵局	戶名					代號			
		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 合作金庫商業銀行 |
| 007 第一商業銀行 | 008 華南商業銀行 | 009 彰化銀行 |
| 012 台北富邦商業銀行 | 016 高雄銀行 | 017 兆豐國際商業銀行 |
| 050 台灣中小企業銀行 | 700 中華郵政股份有限公司 | 808 玉山商業銀行 |
| 812 台新銀行 | 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師姓名，在上開金融機構設立存款帳戶（聯名戶）或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，不予受理。

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章