

全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳帳號異動申請書

醫事機構名稱 / 代號：

所得單位扣繳統一編號：

原帳號：

銀行	總機構名稱		代號			
	分支機構名稱					
	存款總類	<input type="checkbox"/> 支票存款 <input type="checkbox"/> 活期存款 <input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款				
	戶名					
	帳號					
郵局	戶名					
	郵政劃撥儲金帳號					

新帳號（附存摺封面影本）

銀行	總機構名稱		代號			
	分支機構名稱					
	存款總類	<input type="checkbox"/> 支票存款 <input type="checkbox"/> 活期存款 <input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款				
	戶名					
	帳號					
郵局	戶名					
	郵政劃撥儲金帳號					

請蓋健保合約大、小章	特約醫事機構印鑑	負責醫事人員印鑑

備註：

一、本申請書係 負責醫事人員本人 代理人 _____ 親自於 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵寄至 本署南區業務組醫務管理科 _____ 聯絡辦公室辦理。

（負責人親辦：請攜帶身分證正本及影本、異動後之存摺封面影本）

（委託辦理：受委託人身分證正本及影本、委託書、負責人身分證影本、異動後之存摺封面影本）

（郵寄辦理：負責人身分證影本、異動後之存摺封面影本）

二、委託代繳全民健康保險費轉帳帳號是否同時異動，如是，請填寫「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，下載路徑

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=879&WD_ID=879&webdata_id=2658，本署將一併辦理。

醫管科承辦人	醫管科承辦複核	視察	科長