

同意書

(公立醫療機構、財團法人醫療機構或其他法人依規定附設醫療機構適用)

本醫院診所 (醫事機構代號：_____) 係衛生福利

部中央健康保險署之特約醫事服務機構，茲同意中央健康保險署對

本醫院診所 變更負責醫師前之醫療費用溢付，得於變更負責醫師後之

本醫院診所 醫療費用應付款中直接扣抵，以上表述各節列為院(所)與

中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約」之一部分。

立書人：_____ 醫院診所

醫事機構地址：

代表人：

原負責醫師：

負責醫師印章

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

新負責醫師：

負責醫師印章

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

醫事機構方形印章

中華民國 年 月 日