

同意書（私立醫療機構適用）

_____ 醫院診所 （代號：_____ 負責醫師：_____）

同意下列事項：

一、_____ 醫院診所 （代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金及利息），由本醫院（診所）承擔，並同意由健保署支付本醫院（診所）之醫療費用中扣抵。

二、_____ 醫院診所 （代號：_____ 負責人：_____）與本醫院（診所）負連帶清償責任。

三、以上表述各節列為本醫院（診所）與健保署所立之「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）

負責醫師姓名：_____ 簽章

醫療院所代號：

醫療院所地址：

負責醫師戶籍地址：

身分證字號：

電話：

「由負責醫師親自當面蓋章」

代表人：_____ 簽章

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

「由代表人親自當面蓋章」

「醫院或診所方型印章」

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日