

醫事服務機構申請為全民健康保險特約診所填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、診所名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、診所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、診所代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄位請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、診所設備欄請依衛生主管機關登記設置之設備填寫。
- 五、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師十七類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附該等醫事人員執業執照、身分證正反面影本。
- 六、專科醫師資格欄位不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 七、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥證明文件影本；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生署許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。
- 八、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。
- 九、診所辦理分娩業務及洗腎業務者，應另填列全民健康保險特約診所病床床號資料表。辦理分娩業務者需另填送「全民健康保險特約婦產科診所施行產科、婦科手術護產人力、設備調查表」

參：其他

- 一、申請書郵寄送件以郵戳日為憑。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各業務組辦理成立投保單位。
- 四、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地址	電話
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組(壽德大樓辦公室)	臺北市許昌街十七號八樓	(02)2348-6755
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	中壢市中山東路三段五二五號	(03)433-9111
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	臺中市市政北一路六十六號	(04)2258-3988
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	臺南市公園路九十六號	(06)224-5678
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	高雄市九如二路一五七號	(07)323-3123
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	花蓮市軒轅路三十六號	(03)833-2111

全民健康保險特約診所申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約診所基本資料表」乙份及負責醫師證書、開業執照、執業執照、身分證正反面註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約診所，請惠予受理。

申請類別：4 基層醫療單位

申請辦理業務：A 門診診療
E 成人預防保健服務
I 分娩
C 血液透析業務
F 婦女子宮頸抹片檢查
J 復健業務
D 兒童預防保健服務
G 孕婦產前檢查
P 兒童牙齒預防保健
型態別：07 專科診所
13 牙科一般診所
08 一般診所（醫務室）
23 中醫專科診所
12 牙科專科診所
24 中醫一般診所

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請診所名稱：

診所印信



負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

診所地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責醫師戶籍地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責醫師通訊地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

中華民國 年 月 日

