

全民健康保險安全模組申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位名稱			
申請單位代號		聯絡人	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳真			
e-mail			
檢附資料 ※文件影本依 序後附	<input type="checkbox"/> 讀卡設備證明單據 <input type="checkbox"/> 毀損之安全模組 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥收據影本 <input type="checkbox"/> 其他		
申請原因	<input type="checkbox"/> 新簽約 ○1. 新簽約 ○2. 遷址或換負責人之新簽約 <input type="checkbox"/> 增加讀卡設備(附購買讀卡機證明影本) <input type="checkbox"/> 毀損換發(附毀損的安全模組卡及郵政劃撥收 據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發(附郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發，原申請日期_____		
申請發卡數量	(片)		
注意： (請蓋原合約 大、小印鑑章)			
※ 若申請原因為“遺失補發”或“毀損換發”，請務必在下列欄位逐一填寫“遺失”或“毀損”之安全模組編號，以利本署後續處理，避免貴單位權益受損。謝謝！（請以正楷填寫，字體請勿潦草）			
1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
5 _____	6 _____	7 _____	8 _____
9 _____	10 _____	11 _____	12 _____
13 _____	14 _____	15 _____	16 _____
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位：_____	業務組	核准數量：_____	(片)
承辦人	單位主管	不核准原因：	
_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	
年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> _____	

註：1. 安全模組卡若遺失或毀損請檢附劃撥單據影本（帳戶：衛生福利部中央健康保險署 18089434 費用 500 元/片）。

2. 請寄至衛生福利部中央健康保險署 南區業務組，地址：台南市公園路 96 號
電話：(06)-2245678*1615

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組裝妥，鎖緊機殼才可通電。
(2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組。
(3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡。