

C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫申請書

本醫事機構自 年 月 日起申請參加 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫，並同意依本計畫之相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署

業務組

申請資料

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

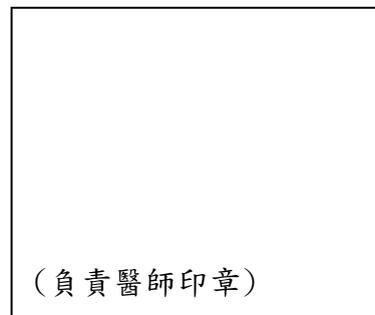
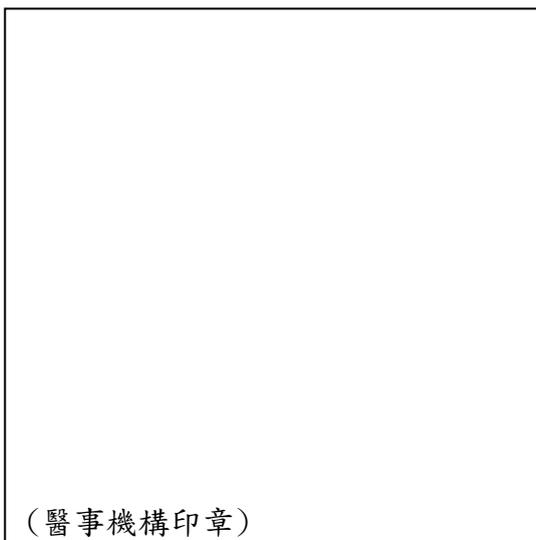
計畫聯絡人：

聯絡電話：

聯絡人電子信箱：

檢附資料：醫師資料表

醫事機構特約章戳



中 華 民 國

年

月

日

醫師資料表

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

身分證字號	醫師姓名