

全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者
醫療給付改善方案申請書

本醫事機構自 年 月 日起申請參加全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案，並同意依本試辦計畫等相關規定辦理。

此致

行政院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：

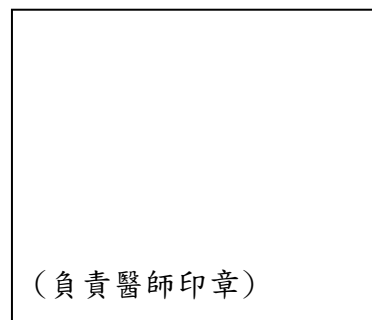
聯絡人電子信箱：

檢附資料：醫師資料表及(次)專科醫師證書資料影本

醫事機構特約章戳



(醫事機構印章)



(負責醫師印章)

中 華 民 國 年 月 日

