

全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫申請書

本醫事機構自 年 月 日起申請參加全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫，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：醫師資料表及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

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	專科別

註：

- 1.附符合本試辦計畫資格之專科醫師證書資料影本。
- 2.基層診所需為專任醫師。