

全民健康保險乳癌醫療給付改善方案申請書

本院自 年 月 日起申請參加全民健康保險乳癌醫療給付改善方案，
並同意遵循本方案內容之規範。

此致

行政院衛生福利部中央健康保險署 業務組

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

檢附資料：試辦醫院備查資料乙份

醫事機構特約章戳

(醫療院所印章)

(負責醫師印章)

中華民國 年 月 日