

## 方案之附件 2

### 全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 一、 特約醫事服務機構名稱： \_\_\_\_\_ 代號： \_\_\_\_\_
- 二、 特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院  
基層診所 其他( \_\_\_\_\_ )
- 三、 參加本方案申裝之行動網路類型4G、月租費 \_\_\_\_\_ 元。
- 四、 參加起始日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月。
- 五、 因應何類業務需申請行動網路：  
居家醫療照護服務  
西醫醫療資源不足地區改善方案  
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案  
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案  
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫  
其他(請敘明業務需求 \_\_\_\_\_ )
- 六、 申請數量：1組 2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料： \_\_\_\_\_ )
- 七、 是否承接其他醫事服務機構之行動網路：是 否，如承接者，請填寫下列資料：  
(一) 原特約醫事服務機構名稱 \_\_\_\_\_。  
(二) 原特約醫事服務機構代號 \_\_\_\_\_。  
(三) 承接日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)  
(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：  
以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。  
以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 八、 聯絡人姓名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_  
E-MAIL： \_\_\_\_\_
- 九、 特約醫事服務機構及負責人印章： \_\_\_\_\_

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。)