

# 醫療費用電子化作業同意申請表

機構名稱：\_\_\_\_\_ 機構代號：\_\_\_\_\_

同意自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月(費用年月)起依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條(詳備註)規定辦理。

※若貴機構包括不同總額，請勾選參與之總額別：

- ◎西醫醫院：全部  
部分—12 門診 22 住診 15 洗腎 14 中醫 13 牙醫
- ◎西醫基層：全部  
部分—11 門診 21 住診 15 洗腎

聯絡人姓名：

電話：

E-MAIL：

機構地址：

簽立日期：

代表人(公立醫事服務機構適用)或負責醫事人員姓名簽章：

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事服務機構

用 印

(以 VPN 傳送者免用印)

備註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎ 請將本申請表上傳至健保資訊網服務系統(VPN)/院所資料交換申請

(上傳電子檔案命名規則：vpnchange+機構代碼 10 碼，例如：vpnchange3532012345)

◎ 電話：(03)433-9111 轉 3303~3316 FAX：(03)438-1821