

醫事服務機構申請為全民健康保險特約藥局填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請藥局名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、藥局開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、藥局代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、主持藥師或藥劑生執業年資欄請填寫最近2年執業資料。
- 三、藥事人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 四、藥事人員類別欄請填藥師或藥劑生，並檢附執業執照正反面影本。
- 五、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證之合夥證明文件。
- 六、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：其他：

- 一、申請書內之醫事服務機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，寄收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各分區業務組辦理成立投保單位。
- 四、醫事服務機構與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組。
- 五、醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前5年內，未有第38條、第39條、第40條或第47條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起15個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。
- 六、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地 址
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 TEL：04- 22583988	臺中市西屯區市政北一路 66號（國雄大樓6樓）

衛生福利部中央健康保險署中區業務組全民健康保險新特約收件查檢表

機構代號：_____

名稱：

檢附文件	西醫		中醫	藥局	醫事檢驗所	醫事放射所	居家照護	護理之家	助產機構	精神復健	物理治療所	職能治療所
	醫院	診所										
1.合約書印鑑卡												
2.特約申請書												
3.特約基本資料表												
4.床數、床號資料表			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.開業執照影本												
6.負責醫事人員身分證正、反面影本												
7.負責醫事人員執業執照正、反面影本												
8.醫事人員執業執照正、反面影本(另聘有物理、職能人員需備有執業2年以上之資格證明)												
9.醫師專科證書影本			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10.醫療費用轉帳資料卡												
11.存摺帳號及分行別影本												
12.統一編號編配通知書影本												
13.新投保單位成立申請書 健保費繳教： <input type="checkbox"/> 轉帳代繳 <input type="checkbox"/> 現金繳納												
14.儀器或設備資料表(含購入發票或證明)			—			—	—	—	—	—	—	—
15.中央衛生主管機關評鑑合格證明 (新設立未及參加評鑑者，由保險人專案認定)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16.本保險醫療網路(VPN)申請書												
17.醫療費用收據及藥品明細格式樣張												
18.電子信箱及執業時段調查表												
19.合夥法院公證文件 (醫事服務機性質勾選合夥者)												
20.健保卡資料上傳格式2.0作業												

※上開資料影本皆請以A4紙張影印。

※為維護貴機構權益，請負責醫事人員依序備妥相關文件親自洽辦簽約事宜。

※醫院需檢附全院平面配置圖乙份。

負責人ID：

HMAI2000S01

H3000：

醫事機構基本資料檔正確無誤

H3500：

複核核章：

H1000：

H2000：

R5001：

全民健康保險特約藥局申請書

茲擬承辦全民健康保險藥事服務業務，特檢具「全民健康保險特約藥局基本資料表」及負責藥事人員開業執照、執業執照、身分證正反面影本等文件各乙份，申請為全民健康保險特約藥局，請惠予受理。

此致
衛生福利部中央健康保險署

申請藥局名稱：

(樂局印信)

主持藥 師藥劑生： 簽章：

藥局地址： 縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

主持藥 師藥劑生戶籍地址： 縣市 市鎮鄉區 村里
街路 段 巷 弄 號 樓之

主持藥 師藥劑生通訊地址： 縣市 市鎮鄉區 村里
街路 段 巷 弄 號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約藥局基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所)存查

藥局名稱									代號					
開業執照 地 址	郵 號	縣市	遞 市鎮鄉區	區 村里					號	□□□□□□				
主持藥師或 藥劑生				出生年月	年 月 日				最近開業日期	年 月 日				
身分證號									最近開業 執照號碼					
主持藥師或藥劑生執業年資	計 年			調劑室地坪面積				計 坪						
執業 經 歷	執業地點		執業場所名稱						執業起迄日期					
	縣市	市鎮 鄉區							年 月 日	至	年 月 日			
	縣市	市鎮 鄉區							年 月 日	至	年 月 日			
	縣市	市鎮 鄉區							年 月 日	至	年 月 日			
藥 事 人 員 簡 歷	類別	姓名			出生年月		身分證號				執業執照號碼			
					年 月 日									
					年 月 日									
					年 月 日									
					年 月 日									
					年 月 日									
					年 月 日									

一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。

二、該 藥局 負責人 未涉有 涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 已 未結案。

三、該院所違規事實概要：

縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)

中華民國		年	月	日										
醫事 服務 機構 其他 基本 資料	性 質	<input type="checkbox"/> 私立合夥	單位所得稅 統一編號										本生 欄局 務查 須驗 由核 衛章	
		<input type="checkbox"/> 私立獨資	電話及手機號碼											
			傳真號碼											

全民健康保險特約藥局基本資料表

第一聯送健保署 第二聯送衛生局(所)存查

藥局名稱									代號								
開業執照 地 址	郵 號	縣市	遞 市鎮鄉區	區	村里	號	街路	段	巷	弄	□□□□□						
主持藥師或 藥劑生				出生年月	年 月 日			最近開業日期			年 月 日						
身分證號									最近開業 執照號碼								
主持藥師或藥劑生執業年資				計 年	調劑室地坪面積				計 坪								
執業 經 歷	執業地點		執業場所名稱						執業起迄日期								
	縣市	市鎮 鄉區							年 月 日	至	年 月 日						
	縣市	市鎮 鄉區							年 月 日	至	年 月 日						
	縣市	市鎮 鄉區							年 月 日	至	年 月 日						
藥 事 人 員 簡 歷	類別	姓名			出生年月	身分證號			執業執照號碼								
					年 月 日												
					年 月 日												
					年 月 日												
					年 月 日												
					年 月 日												
					年 月 日												
					年 月 日												

一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。

二、該 藥局 負責人 未涉有 涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前 已 未結案。

三、該院所違規事實概要：

縣市 (政府) 衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)

中 華 民 國 年 月 日

醫事 服務 機構 其他 基本 資料	性 質	<input type="checkbox"/> 私立合夥	單位所得稅 統一編號									本 欄 局 務 查 須 驗 由 核 衛 章
			電話及手機號碼									
		<input type="checkbox"/> 私立獨資	傳真號碼									

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號								
醫事服務機構名稱								
負責人姓名								
印鑑建立/變更日期	年 月 日							
合約書編號	No_____							
請 蓋 合 約 書 印 鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)						

全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱：

醫事機構代號 所得單位扣繳統一編號

往 來 金 融 機 構	總機構名稱							代號				
	分支機構名稱											
	存款種類	<input type="checkbox"/> 支票存款			<input type="checkbox"/> 活期存款			<input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款				
	戶名											
	帳 號 <small>不足14碼前面補零</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
往 來 郵 局	戶名											
	郵政劃撥帳號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	郵局		支局									
	存 簿 儲 金	局號										
		局名										
郵政存簿儲金帳號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

指定金融機構名稱：

004台灣銀行	005台灣土地銀行	006合作金庫	007第一商業銀行
008華南商業銀行	009彰化商業銀行	012台北富邦銀行	016高雄銀行
017兆豐國際商業銀行	050台灣中小企業銀行	700中華郵政股份有限公司	808玉山商業銀行
812台新國際商業銀行	816安泰商業銀行	822中國信託商業銀行	

特約醫事服務機構合約印鑑	負責醫事人員印鑑
<input type="text"/>	<input type="text"/>

收據粘貼單

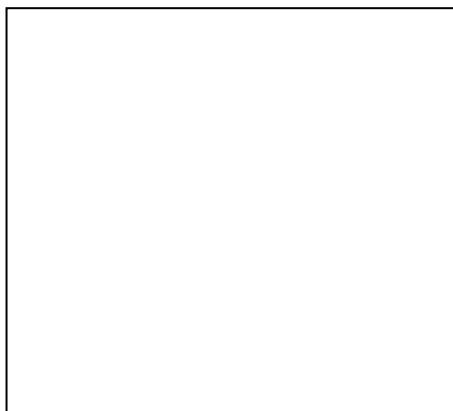
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

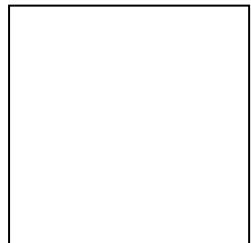
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

此致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組



(合約院所印信)



(合約負責人印章)

中華民國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約醫事機構

電子信箱、掛號費及執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

電子信箱【E-mail address】：

門診掛號費：

急診掛號費：

固定執業時段：(請勾選)

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

特定休診日：(例如春節初一到初五)

註：如電子信箱、掛號費及執業時段資料有變更，請即時至「VPN-醫務行政」自行修改

「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標 醫事服務機構及特約藥局辦理自評情形申報表

診所（藥局）名稱：_____（代號：_____）

填報人（院所或藥局負責人）：

填報日期：__年__月__日

印信：

有 無 自設藥局

有 無 自聘藥師

藥袋標示項目	有標示	未標示
1.病人姓名		
2.性別		
3.年齡		
4.藥品名稱（成分名）		
5.藥廠（廠商）名		
6.數量		
7.劑量		
8.服用方法		
9.藥局（調劑）地點		
10.調劑者姓名		
11.調劑年月日		
12.處方醫師姓名		
13.藥品保存方式		
14.調劑後有效期限		
15.適應症		
16.副作用		
17.警語		

註：

- 1.本表內容經醫事服務機構或藥局切結填報內容屬實後送健保署，由健保署辦理實地審查，如查獲與填報內容不符時，將依「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標處理方式不予支付。
- 2.請傳真（04-22531219）回復中區業務組醫療費用二科承辦人，分機_____。