請領（補發）醫療費用付款通知書申請書

基本資料	機構名稱		簽約印鑑(大小章)：
	機構代號		
	統一編號		
	負責醫(藥)師姓名		
	身分證號碼		
	聯絡電話		
	合約現況	□合約中　□已解約	
給付資料	□_____年度　_____月份 □單日： 給付日_____金額_____;給付日_____金額_____ 給付日_____金額_____;給付日_____金額_____ 給付日_____金額_____;給付日_____金額_____		
領取方式	□自 VPN 系統下載		
	□負責人臨櫃領取（請攜帶身分證明文件正本以供查驗）		
	□郵寄：□寄至執業地址（由健保署逕自擷取特約院所檔） □其他地址（僅歇業院所得以選擇，且須檢附負責人身分證影本）： ___縣市___鄉鎮市區___路（街）___段 ___巷___弄___號___樓 （歇業勾選「其他地址」者請將身分證影本黏貼於下欄）↓		
	□他人臨櫃領取（請填寫下列委託書、並攜帶當事人及代理人之身分證明文件正本以供查驗） 本人茲因_____(事由)之需要，同意由代理人_____ (與本人關係:_____)向全民健康保險保險人申請提供醫療費用付款通知書。 授權人姓名_____(簽章)		

備註：1. 申請書填妥後請郵寄、傳真或親至本業務組辦理。

2. 聯絡電話:23486681　傳真電話:23894529

3. 郵寄地址：100 臺北市中正區許昌街 17 號 9 樓綜合行政科。

申請日期：　　年　　月　　日