

全民健康保險特約醫事服務機構變更費用劃撥帳號申請表

醫事服務機構名稱		代號										申請日期	年 月 日
----------	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	-------

注意事項	<p style="color: red;">一、「所得單位扣繳統一編號」欄位，請向「當地稅捐機關」申請後填入。</p> <p style="color: red;">二、特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責人姓名，在以下指定金融機構設立存款帳戶或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其它名稱設立之帳戶則不予受理。</p> <p style="color: red;">三、請檢附存摺封面影本。</p>
-------------	--

負責人姓名		所得單位扣繳統一編號										
-------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〔原〕約定帳號	往來金融機構	總機構名稱		指定金融機構代號						
		分支機構名稱								
		戶名								
		帳 號 (不足14碼,前面補零)								

變更後帳號	往來金融機構	總機構名稱		指定金融機構代號						
		分支機構名稱								
		戶名								
		帳 號 (不足14碼,前面補零)								

委託金融機構名稱：

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	負責醫事人員合約印鑑
--------------	------------