

公立機構、財團法人、醫療社團法人

變更負責人送件清單

醫事服務機構名稱：_____ 醫事服務機構代號：_____

◎檢附資料：

- 備文向本業務組辦理（或異動三聯單）
- 衛生主管機構核准公文（或五聯單）
- 舊合約書
- 合約書末頁（機構負責人需至本署分區業務組親簽）
- 概括承受同意書（正本一式二份）
- 轉帳資料卡、印鑑卡及開戶存摺影本（或對帳單影本）
- 變更後開業執照影本
- 負責醫師執業執照影本
- 即時查詢病患就醫資訊方案（已申請者免填寫）

送件人：_____ 收件人：_____

送件人聯絡電話：（_____）_____ 收件日期：_____年_____月_____日

負責人手機：_____

E-mail：_____

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第一聯）

醫療院所名稱：

代號：

地址：

醫療機構暨醫師簽章：

申報日期： 年 月 日

承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動 ※（異動原因代碼1.增聘 2.離職 3.其他）

人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期	人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期

*經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫檢師	放射技術人員	營養師	護士	護理師	復健治療人員	助產士

二、支援醫師

醫師姓名	身分證字號	支援機構代號	支援機構名稱	支援起迄日期	每週支援時段

三、其他異動事項：

- 變更劃撥轉帳帳號 同鄉鎮市區地址變更(另檢送勞健變更表格或健保專用表格)
醫療機構名稱變更 病床床數或床號異動 增加設備 診療科別異動
報備休診(期間：自 年 月 日至 年 月 日)
其他(請說明)：

※以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

 ◎受理編號：醫管行字第 號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

- 同意登記備查，並做為審查費用依據。
請於二週內補送下列證明文件或說明：

()

◎詢問電話：07-2315151 轉 6051

電 腦 鍵 入		承 辦 人		專 員		科 長	
------------------	--	-------------	--	--------	--	--------	--

第一聯 高屏業務組存根聯

QR-WK0H-206-01-B

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第二聯）

醫療院所名稱：

代號：

地址：

醫療機構暨醫師簽章：

申報日期： 年 月 日

承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動 ※（異動原因代碼1. 增聘 2. 離職 3. 其他）

人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期	人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期

* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫檢師	放射技術人員	營養師	護士	護理師	復健治療人員	助產士

二、支援醫師

醫師姓名	身分證字號	支援機構代號	支援機構名稱	支援起迄日期	每週支援時段

三、其他異動事項：

變更劃撥轉帳帳號 同鄉鎮市區地址變更 (另檢送勞健變更表格或健保專用表格)

醫療機構名稱變更 病床床數或床號異動 增加設備 診療科別異動

報備休診 (期間：自 年 月 日至 年 月 日)

其他 (請說明)：

以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

 ◎受理編號：醫管行字第 號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

同意登記備查，並做為審查費用依據。

請於二週內補送下列證明文件或說明：

()

◎詢問電話：07-2315151 轉 6051

第二聯 費用科存查聯

QR-WK0H-206-01-B

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第三聯）

醫療院所名稱：

代號：

地址：

醫療機構暨醫師簽章：

申報日期： 年 月 日

承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動 ※（異動原因代碼 1. 增聘 2. 離職 3. 其他）

人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期	人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期

* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫檢師	放射技術人員	營養師	護士	護理師	復健治療人員	助產士

二、支援醫師

醫師姓名	身分證字號	支援機構代號	支援機構名稱	支援起迄日期	每週支援時段

三、其他異動事項：

變更劃撥轉帳帳號 同鄉鎮市區地址變更 (另檢送勞健變更表格或健保專用表格)

醫療機構名稱變更 病床床數或床號異動 增加設備 診療科別異動

報備休診 (期間：自 年 月 日至 年 月 日)

其他 (請說明)：

※ 以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

 ◎受理編號：醫管行字第 號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

同意登記備查，並做為審查費用依據。

請於二週內補送下列證明文件或說明：

()

◎詢問電話：07-2315151 轉 6051

同意書（公立醫療機構、財團法人醫療機構、醫療社團法人
或其他法人依規定附設醫療機構適用）

本醫事服務機構名稱 _____（醫事服務機構代號 _____）係

衛生福利部中央健康保險署之特約醫事服務機構，茲同意衛生福利部中央健康保險署

對本醫院 變更負責醫師前之醫療費用溢付，得於變更負責醫師後之本醫院 醫療費用
診所 診所

應付款中直接扣抵，以上表述各節列為院（所）與衛生福利部中央健康保險署間所簽之

「全民健康保險醫事服務機構合約」之一部分，特立此書為憑。

立書人：

醫院
診所

醫療院所代號：

醫療院所住址：

代表人：

新負責醫師姓名：

（新負責醫師親簽）

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

原負責醫師姓名：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書（公立醫療機構、財團法人醫療機構、醫療社團法人
或其他法人依規定附設醫療機構適用）

本醫事服務機構名稱 _____（醫事服務機構代號 _____）係
衛生福利部中央健康保險署之特約醫事服務機構，茲同意衛生福利部中央健康保險署

對本 _____ 醫院
診所 變更負責醫師前之醫療費用溢付，得於變更負責醫師後之本 _____ 醫院
診所 醫療費用
應付款中直接扣抵，以上表述各節列為院（所）與衛生福利部中央健康保險署間所簽之

「全民健康保險醫事服務機構合約」之一部分，特立此書為憑。

立書人：

醫院
診所

醫療院所代號：

醫療院所住址：

代表人：

新負責醫師姓名：

（新負責醫師親簽）

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

原負責醫師姓名：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

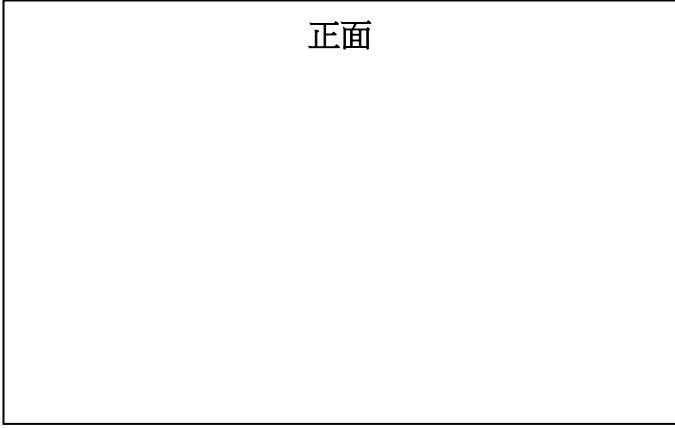
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
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. _____										
醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)										
請 蓋 合 約 書 印 鑑											

表單編號：QR-UK0F-003-F11-A

負責醫師執業執照



負責醫師執業執照

