

醫療費用電子化作業申請表

_____ 醫院 (代號：_____) 負責醫事人員： _____
診所

同意自 _____ 年 _____ 月 (費用年月) 起依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 (詳註) 規定辦理醫療費用抽查、通知、核定及公告等文件電子化作業，相關電子文件送達之 E-MAIL 與本院所原提供貴署醫事機構基本資料檔相同。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事服務機構地址： _____

代表人 (公立醫事服務機構適用) / 負責醫事人員

姓名： _____ (簽章)

連絡人： _____

電話： _____



中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。

◎請將本申請表郵寄至 970 花蓮市 軒轅路 36 號

電話：03-8332111

FAX：03-8332096