

全民健康保險安全模組申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位	<input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 聯合服務中心或聯絡辦公室 <input type="checkbox"/> 鄉鎮公所或戶政單位 <input type="checkbox"/> 聯合門診中心 <input type="checkbox"/> 署本部或各區業務組 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他		
醫療院所名稱			
醫療院所代號		聯絡人	
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳真			注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
e-mail			
檢附資料 ※文件影本依序 後附	<input type="checkbox"/> 讀卡設備證明單據 <input type="checkbox"/> 毀損的安全模組 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥收據影本 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
申請原因	<input type="checkbox"/> 新簽約 <input type="checkbox"/> 1. 新簽約 (附購買讀卡機證明) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人之新簽約 (附前院所安全模組) <input type="checkbox"/> 增加讀卡設備 (附購買讀卡機證明) <input type="checkbox"/> 毀損換發 (附毀損的安全模組及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發 (郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發, 原申請日期 _____		
申請發卡數量	(片)		
<p>※ 若申請原因為"毀損換發"或"遺失補發", 請務必在下列欄位逐一填寫"毀損"或"遺失"的安全模組編號, 毀損換發檢還安全模組, 以利健保署後續處理避免 貴單位權益受損。謝謝!</p> <p>(請以正楷填寫, 字體請勿潦草)</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____</p>			
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位: 衛生福利部中央健康保險署東區業務組		不核准原因:	
電腦建檔	覆核	單位主管	<input type="checkbox"/> 增發或新發 SAM 卡之數量超過購置讀卡設備之數量 <input type="checkbox"/> 遺失或損毀補換發 SAM 卡之數量超過遺失或損毀補換發之數量 <input type="checkbox"/> 申請印鑑與原合約印鑑不符 <input type="checkbox"/> 需檢附資料不足 _____ 其他 _____

備註：1. 若遺失或毀損請檢附劃撥單據影本 (帳戶：衛生福利部中央健康保險署 18089434 費用 500 元)。
 2. 請郵寄 970 花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號東區業務組醫務管理科，電話：03-8332111#2025
 3. 使用注意事項：
 ① 安裝：確認安全模組裝妥，鎖緊機殼才可通電
 ② 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組
 ③ 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡 (回傳代碼 6005)