

醫事服務機構申請辦理全民健康保險居家照護業務填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請居家照護機構名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、居家照護機構地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：居家照護機構基本資料表部分

- 一、居家照護機構代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、負責人執業年資欄請填最近二年執業資料。
- 三、醫事人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 四、醫事人員類別欄請填醫師、護理師或護士，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 五、居家照護機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥證明文件影本。
- 六、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：其他：

- 一、申請書郵寄送件以郵戳日為憑。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各業務組辦理成立投保單位。
- 四、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地址	電話
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 臺北業務組(壽德大樓辦公室)	臺北市許昌街十七號八樓	(02)2348-6755
桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組	中壢區中山東路三段五二五號	(03)433-9111
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組	臺中市市政北一路六十六號	(04)2258-3988
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組	臺南市公園路九十六號	(06)224-5678
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組	高雄市九如二路一五七號	(07)323-3123
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組	花蓮市軒轅路三十六號	(03)833-2111

全民健康保險特約醫事服務機構辦理居家照護業務申請書

茲擬申請辦理全民健康保險居家照護業務，特檢具「全民健康保險特約居家照護機構基本資料表」乙份及負責人身分證正反面、開業執照、執業執照、護理師（醫師）證書註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約居家照護機構，請惠予受理。

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請居家照護機構名稱：

機構印信



負責人：

簽章：

居家照護機構地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責人 戶籍地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責人 通訊地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約居家照護機構基本資料表

居家照護名稱						代號										
開業執照地址	縣市	市鄉鎮區	村里	街路段	巷	弄	號	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
負責人	出生年月			年	月	日	最近開業日期			年	月	日				
身分證號						最近開業執照號碼										
負責人執業年資	計 年															
執業資料	執業地點		執業場所名稱			執業起迄日期										
	市縣	市區鎮鄉				年	月	日	至	年	月	日				
	市縣	市區鎮鄉				年	月	日	至	年	月	日				
	市縣	市區鎮鄉				年	月	日	至	年	月	日				
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月日	身分證號	執業執照號碼											
<p>一、本 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。</p> <p>二、本機構違規事實概要：</p>																
中華民國 年 月 日																
其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 財團法人 <input type="checkbox"/> 私立 (<input type="checkbox"/> 合夥 <input type="checkbox"/> 獨資) <input type="checkbox"/> 醫療機構附設			單位所得稅統一編號											
	傳真號碼				電話號碼											