

醫事服務機構申請為全民健康保險特約醫事放射機構填表須知

壹：申請書部分

申請醫事放射所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。

醫事放射所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

一、醫事放射所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、醫事放射所空間面積欄請按實際使用面積填寫，並檢附醫事放射空間平面圖。

三、醫事放射人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。

四、醫事放射人員類別欄請填醫事放射師或醫事放射士，並檢附執業執照、身分證正反面影本。

五、醫事放射所附設醫事檢驗部門，且併行申請提供醫事檢驗服務者，應同時檢附前三款所列醫事檢驗作業相關資料。

六、醫事服務機構性質勾選合夥，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。

七、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放射機構申請書

茲擬承辦全民健康保險醫事放射業務，特檢具「全民健康保險特約醫事放射機構基本資料表」執業證明（含開業執照、執業執照、醫事放射師或醫事放射士【醫事檢驗師或醫事檢驗生】證書及身分證正反面）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醫事放射機構，請惠予受理。

申請類別：醫事放射機構

申請辦理業務：醫事放射業務 醫事檢驗業務

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請醫事放射所名稱：

負責醫事放射師：
（醫事放射士）

簽章：

醫事放射所地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責醫事放射師 戶籍地址：

縣市 市鎮鄉區 村里 街路
段 巷 弄 號 樓之

負責醫事放射師 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

全民健康保險特約醫事放射機構基本資料表

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------|--|--|--|------|--|-----------|--|-----|----------|--------|--|-----------------|------|--|----|-----|---|--|---|--|---|---|--|---|--|
| 醫事放射所名稱 | | | | | | | | | | | 代號 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開業執照地址 | 縣市 | | 鄉鎮區 | | | 村里 | | 街路 | | 段巷弄 | | 號 | | | 郵遞區號 | | | □□□ | | | | | | | | | |
| 負責醫事放射師(士) | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負責醫事放射師(士)執業年資 | | | | | | | | | | 計 | | 年 | | 醫事放射(含醫事檢驗)空間面積 | | | | | | | | | | 計 | | 坪 | |
| 執業經歷 | 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 | | | | |
| 醫事放射、檢驗設備 | 診斷型 X 光設備 | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | 影像處理設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 防護用鉛衣及男女生殖器防護屏 | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | 一般臨床檢驗設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 臨床生化檢驗設備 | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | 臨床血清檢驗設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 臨床免疫檢驗設備 | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | 臨床血液檢驗設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 輸血檢驗及血庫作業設備 | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | 臨床微生物檢驗設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 臨床生理檢驗設備 | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | 其他相關設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有___項 <input type="checkbox"/> 無 <small>(細項詳設備資料表)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫事人員資料 | 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"/>醫事放射所 <input type="checkbox"/>未涉有 <input type="checkbox"/>負責人 <input type="checkbox"/>涉有 醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/>已 <input type="checkbox"/>未 結案。</p> <p>二、本醫事放射所違規事實概要：</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中 華 民 國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫事服務機構其他基本資料 | 性質 | | <input type="checkbox"/> 私立合夥 <input type="checkbox"/> 私立獨資 | | | | | 單位所得稅統一編號 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傳真號碼 | | | | | 電話號碼 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

全民健康保險特約醫事放射機構設備及檢查（驗）項目審核表

特約醫療機構代號 _____

特約醫療機構名稱 _____

填表日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|---|
| <p>醫事放射、醫事檢驗作業空間(本欄由醫事放射所填寫)</p> <p>是否設有獨立之醫事放射室 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否; 如有, 面積 _____ 平方公尺 _____ 坪</p> <p>是否設有獨立之醫事檢驗室 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否; 如有, 面積 _____ 平方公尺 _____ 坪</p> <p>有無下列醫事放射、醫事檢驗設備:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">醫事放射設備:</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 30%;">醫事檢驗設備:</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>數量:</td> </tr> </table> | 醫事放射設備: | | 醫事檢驗設備: | | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | <p>※本欄由健保署填寫</p> <p>依該醫事服務機構所設置之醫事放射、醫事檢驗設備審核, 同意實施下列檢查、檢驗項目:</p> <p>醫事放射檢查項目:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>醫事檢驗、檢查項目:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| 醫事放射設備: | | 醫事檢驗設備: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 數量: | <input type="checkbox"/> | 數量: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>審核意見:(本欄由健保署審查人員填寫)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">審核日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> | <p><input type="checkbox"/> 不符規定, 不同意實施此項業務:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 經辦 | | 複核 | | 科長 | | 批示 | |
|----|--|----|--|----|--|----|--|