

衛生福利部中央健康保險署檔案應用簽收單

| 申請書編號：<br>申請人/檔案應用人：   |             |           | 核定應用日期：○年 ○月 ○日<br>實際應用時間：起 時 分<br>迄 時 分                   |  |    |    |
|--|-------------|-----------|--|--|----|----|
| 序號   | 檔號/公文<br>文號 | 檔案名稱或內容要旨 | 應用<br>方式   | 還卷<br>註記   | 頁數 | 備註 |
|  |             |           | <input type="checkbox"/> 閱覽<br><input type="checkbox"/> 複製 | <input type="checkbox"/> 閱畢<br><input type="checkbox"/> 續閱 |    |    |
|  |             |           | <input type="checkbox"/> 閱覽<br><input type="checkbox"/> 複製 | <input type="checkbox"/> 閱畢<br><input type="checkbox"/> 續閱 |    |    |
|  |             |           | <input type="checkbox"/> 閱覽<br><input type="checkbox"/> 複製 | <input type="checkbox"/> 閱畢<br><input type="checkbox"/> 續閱 |    |    |
|  |             |           | <input type="checkbox"/> 閱覽<br><input type="checkbox"/> 複製 | <input type="checkbox"/> 閱畢<br><input type="checkbox"/> 續閱 |    |    |
|  |             |           | <input type="checkbox"/> 閱覽<br><input type="checkbox"/> 複製 | <input type="checkbox"/> 閱畢<br><input type="checkbox"/> 續閱 |    |    |
|  |             |           | <input type="checkbox"/> 閱覽<br><input type="checkbox"/> 複製 | <input type="checkbox"/> 閱畢<br><input type="checkbox"/> 續閱 |    |    |
| <p>上開檔案應用內容、件數及頁數經申請人/檔案應用人確認無誤。</p> <p style="text-align: center;">申請人/檔案應用人（簽名）：<br/>業務單位：</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p> |             |           |  |  |    |    |

本簽收單共二份（一份由申請人/檔案應用人收執，一份由本署業務單位存查）