

醫事服務機構申請為全民健康保險特約助產所填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、助產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。
- 三、助產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、助產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、負責助產士執業年資欄請填寫最近2年執業資料。
- 三、醫事人員簡歷欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 四、醫事人員類別欄請填助產士、護理師或護士，並檢附執業執照正反面影本。
- 五、醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經該管法院公證之合夥證明文件。
- 六、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。
- 七、觀察床及嬰兒床以十位元以內之英文字或數字編列，填列於全民健康保險特約助產所病床床號資料表。

參：其他：

- 一、申請書內之醫事服務機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，寄收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各分區業務組辦理成立投保單位。
- 四、特約核定日(完成特約之函文日期)起30個日曆天後，不得以異常就醫序號G000申報醫療費用(違反者退件)，惟前項期間末日為例假日者，順延之。
- 五、醫事服務機構與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組。
- 六、醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師(藥劑生)、物理治療師(生)、職能治療師(生)、醫事檢驗師(生)、醫事放射師(士)，於其申請特約日前5年內，未有第38條、第39條、第40條或第47條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起15個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。
- 七、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
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 TEL：04- 22583988	臺中市西屯區市政北一路66 號(國雄大樓6樓)

衛生福利部中央健康保險署中區業務組全民健康保險新特約收件查檢表

機構代號：_____ 名稱：_____

檢 附 文 件	西 醫		中 醫 牙 醫	藥 局	醫 事 檢 驗 所	醫 事 放 射 所	居 家 照 護	護 理 之 家	助 產 機 構	精 神 復 健	物 理 治 療 所	職 能 治 療 所
	醫 院	診 所										
1.合約書印鑑卡												
2.特約申請書												
3.特約基本資料表												
4.床數、床號資料表			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.開業執照影本												
6.負責醫事人員身分證正、反面影本												
7.負責醫事人員執業執照正、反面影本												
8.醫事人員執業執照正、反面影本(另聘有物理、 職能人員需備有執業2年以上之資格證明)												
9.醫師專科證書影本				—	—	—	—	—	—	—	—	—
10.醫療費用轉帳資料卡												
11.存摺帳號及分行別影本												
12.統一編號編配通知書影本												
13.新投保單位成立申請書 健保費繳教： <input type="checkbox"/> 轉帳代繳 <input type="checkbox"/> 現金繳納												
14.儀器或設備資料表(含購入發票或證明)				—			—	—	—	—		
15.中央衛生主管機關評鑑合格證明 (新設立未及參加評鑑者，由保險人專案認定)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16.本保險醫療網路(VPN)申請書												
17.醫療費用收據及藥品明細格式樣張												
18.電子信箱及執業時段調查表												
19.合夥法院公告證文件 (醫事服務機性質勾選合夥者)												

※上開資料影本皆請以 A4 紙張影印。

※為維護 貴機構權益，請負責醫事人員依序備妥相關文件親自洽辦簽約事宜。

※醫院需檢附全院平面配置圖乙份。

負責人 ID：

HMAI2000S01

H3000：

醫事機構基本資料檔正確無誤

H3500：

複核核章：

H1000：

H2000：

R5001：

全民健康保險特約助產所申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約助產所基本資料表」乙份及負責助產士開業執照、執業執照、身分證正反面影本等文件各乙份，申請為全民健康保險特約助產所，請惠予受理。

申請辦理業務：

- 婦女子宮頸抹片檢查之子宮頸抹片採樣
 孕婦產前檢查
 分娩

申請類別： 型態別：

- 助產所 助產所

此 致
衛生福利部中央健康保險署

申請助產機構名稱：

(助產所印信)

負責助產士

簽章：

助產機構地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷

弄

號

樓之

負責助產士戶籍地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷

弄

號

樓之

負責助產士通訊地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷

弄

號

樓之

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約助產機構基本資料表

第一聯送健保署 第二聯衛生局(所)存查

助產機構名稱											代號							
開業執照地址	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																	
	縣市			市鎮鄉區			村里			街路			段			巷		
負責助產士						出生年月			年 月 日			最近開業日期			年 月 日			
身分證號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	最近開業執照號碼						
負責助產士執業年資						計			年									
執業經歷	執業地點			執業場所名稱						執業起迄日期								
	縣市 市鎮鄉區									年 月 日至 年 月 日								
	縣市 市鎮鄉區									年 月 日至 年 月 日								
助產機構設備	產房			<input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無			產台			<input type="checkbox"/> 有 _____ 台 <input type="checkbox"/> 無								
	嬰兒床			<input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無			觀察床			<input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無								
醫事人員簡歷	類別	姓名				出生年月			身分證號			執業執照號碼						
						年 月 日												
						年 月 日												
						年 月 日												
						年 月 日												
						年 月 日												
<p>一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。</p> <p><input type="checkbox"/>院 所</p> <p>二、該 <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（醫療法、助產士法等）違規情事，目前<input type="checkbox"/>已<input type="checkbox"/>未結案。</p> <p>三、該院所違規事實概要：</p>																		
<p>縣市（政府）衛生局（請加蓋機關關防及首長簽章）</p> <p>中 華 民 國 年 月 日</p>																		
醫事服務機構其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 合夥	單位所得稅統一編號					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本 生 局 查 驗 須 由 核 章
		<input type="checkbox"/> 獨資	電話及手機號碼															
		傳真號碼																

全民健康保險特約助產機構基本資料表

第一聯送健保署 第二聯衛生局(所)存查

助產機構名稱											代號									
開業執照地址	郵遞區號□□□□□		縣市		市鎮鄉區		村里		街路		段		巷							
負責助產士					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							
負責助產士執業年資					計		年													
執業資料	執業地點		執業場所名稱						執業起迄日期											
	縣市								年 月 日至 年 月 日											
	鎮鄉區								年 月 日至 年 月 日											
助產機構設備	產房		<input type="checkbox"/> 有 _____ 間		<input type="checkbox"/> 無		產台		<input type="checkbox"/> 有 _____ 台		<input type="checkbox"/> 無									
	嬰兒床		<input type="checkbox"/> 有 _____ 床		<input type="checkbox"/> 無		觀察床		<input type="checkbox"/> 有 _____ 床		<input type="checkbox"/> 無									
醫事人員簡歷	類別	姓名			出生年月		身分證號		執業執照號碼											
					年 月 日															
					年 月 日															
					年 月 日															
					年 月 日															
					年 月 日															
<p>一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。</p> <p>二、該 <input type="checkbox"/>院 <input type="checkbox"/>所 <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（醫療法、助產士法等）違規情事，目前 <input type="checkbox"/>已 <input type="checkbox"/>未結案。</p> <p>三、該院所違規事實概要：縣市（政府）衛生局（請加蓋機關關防及首長簽名章）</p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國 年 月 日</p>																				
醫事服務機構其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 合夥	單位所得稅統一編號																本 生 局 查 務 須 驗 由 核 衛 章	
		<input type="checkbox"/> 獨資	電話及手機號碼																	
		傳真號碼																		

全民健康保險特約助產所病床床號資料表

助產所代號：_____ 助產所名稱：

病床分類	病 床 床 號				
觀 察 床					
嬰 兒 床					

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
醫事服務機構名稱											
負責人姓名											
印鑑建立/變更日期	年 月 日										
合約書編號	No										
請蓋 合約書 印鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)									

收據粘貼單

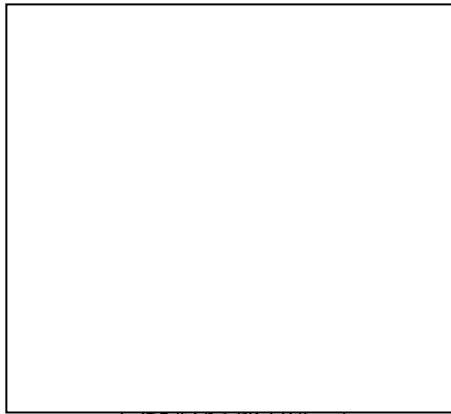
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

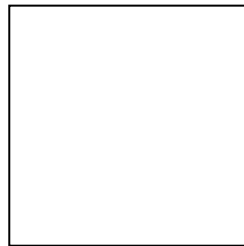
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

此 致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組



(合約院所印信)



(合約負責人印章)

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約醫事機構

電子信箱、掛號費及執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

電子信箱【E-mail address】：

門診掛號費：

急診掛號費：

固定執業時段：(請勾選)

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

特定休診日：(例如春節初一到初五)

註：如電子信箱、掛號費及執業時段資料有變更，請即時至「VPN-醫務行政」自行修改