

**全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第一聯）**

醫療院所名稱：

代號：

地址：

醫療機構暨醫師簽章：

申報日期： 年 月 日

承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動 ※（異動原因代碼 1. 增聘 2. 離職 3. 其他）

人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期	人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期

\* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫檢師	放射技術人員	營養師	護士	護理師	復健治療人員	助產士

二、支援醫師

醫師姓名	身分證字號	支援起迄日期	每週支援時段	醫師姓名	身分證字號	支援起迄日期	每週支援時段

三、其他異動事項：

☐變更劃撥轉帳帳號 ☐同鄉鎮市區地址變更(另檢送勞健變更表格或健保專用表格)

☐醫療機構名稱變更 ☐病床床數或床號異動 ☐增加設備 ☐診療科別異動

☐報備休診（期間：自 年 月 日至 年 月 日）

☐其他（請說明）：

※以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

-----  
◎受理編號：醫管行字第 號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

☐同意登記備查，並做為審查費用依據。

☐請於二週內補送下列證明文件或說明：

（ ）

◎詢問電話：07-2315151 轉 6052

電腦鍵入		承辦人		專員		科長	
------	--	-----	--	----	--	----	--

第一聯 高屏業務組存根聯

QR-WK0H-206-01-A

104.01.30 修訂版

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第二聯）

醫療院所名稱：

代號：

地址：

醫療機構暨醫師簽章：

申報日期： 年 月 日

承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動 ※（異動原因代碼1.增聘 2. 離職 3. 其他）

人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期	人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期

\* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫檢師	放射技術人員	營養師	護士	護理師	復健治療人員	助產士

二、支援醫師

醫師姓名	身分證字號	支援起迄日期	每週支援時段	醫師姓名	身分證字號	支援起迄日期	每週支援時段

三、其他異動事項：

- ☐變更劃撥轉帳帳號      ☐同鄉鎮市區地址變更（另檢送勞健變更表格或健保專用表格）  
☐醫療機構名稱變更      ☐病床床數或床號異動      ☐增加設備      ☐診療科別異動  
☐報備休診（期間：自 年 月 日至 年 月 日）  
☐其他（請說明）：

※以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

-----  
 ◎受理編號：醫管行字第 號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

☐同意登記備查，並做為審查費用依據。

☐請於二週內補送下列證明文件或說明：

（ ）

◎詢問電話：07-2315151 轉 6052

第二聯 費用科存查聯

QR-WK0H-206-01-A

全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申請表（第三聯）

醫療院所名稱：

代號：

地址：

醫療機構暨醫師簽章：

申報日期： 年 月 日

承辦人員聯絡電話：

一、專任醫事人員異動 ※（異動原因代碼1.增聘 2. 離職 3. 其他）

人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期	人員類別	姓名	身分證字號	異動原因	異動日期

\* 經上述異動後，本院（所）醫事人員總數如下列：

醫師	中醫師	牙醫師	藥師	藥劑生	醫檢師	放射技術人員	營養師	護士	護理師	復健治療人員	助產士

二、支援醫師

醫師姓名	身分證字號	支援起迄日期	每週支援時段	醫師姓名	身分證字號	支援起迄日期	每週支援時段

三、其他異動事項：

- ☐變更劃撥轉帳帳號      ☐同鄉鎮市區地址變更（另檢送勞健變更表格或健保專用表格）  
☐醫療機構名稱變更      ☐病床床數或床號異動      ☐增加設備      ☐診療科別異動  
☐報備休診（期間：自 年 月 日至 年 月 日）  
☐其他（請說明）：

※以上各項異動，應檢附相關證明文件者，務請依規定附上。

-----  
◎受理編號：醫管行字第 號

以上貴院所申報異動事項，經本業務組審核結如下：

☐同意登記備查，並做為審查費用依據。

☐請於二週內補送下列證明文件或說明：

（ ）

◎詢問電話：07-2315151 轉 6052

第三聯 登錄通知聯

QR-WK0H-206-01-A

## 全民健康保險特約醫事服務機構基本資料異動申報注意事項

一、本申報表一式三聯，三聯右上角均蓋合約醫療院所章及負責人印章

二、各項申報事項應附文件說明：

1. 變更劃撥轉帳帳號：新劃撥轉帳資料卡及聯名戶存摺封面影本。
2. 同鄉鎮區(市)遷址：新址之開業執照影本(另檢送勞健變更表格或健保專用表格)
  - ✓ 勞健合用表格(變更事項 B 表)
  - ✓ 健保專用表格(變更 B 表)
3. 跨鄉鎮區(市)遷址需重新申請特約。
4. 醫療機構名稱變更：新名稱之開業執照影本、新劃撥轉帳資料卡及印鑑卡，
5. 診療科別異動：新開業執照影本。
6. 增加設備：設備發票或相關資料、文件(依規定需領有各項設備、人員證照或衛生單位核准文件者，則需附上)。
7. 病床床號或床數異動：床數異動或病室床數異動者需檢附衛生局核准文件及病床號資料表及保險病床比例表，僅床號異動床數不變者則只需檢附病床號表並註明生效日期，以上兩者請均附病床異動對照表。