

|      |                |                 |       |
|------|----------------|-----------------|-------|
| 制訂單位 | 文 件 名 稱        | 表單編號            | 版 次   |
| HCA  | 醫事人員(醫師)備用卡申請表 | HC-OM-04-013-00 | V 3.0 |

流水號：

**醫事人員(醫師)備用卡申請表 (請詳閱備註：需費用)**

| 醫 事 機 構 資 訊   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 機 構 代 碼   | ※為醫事系統核准之醫事機構。                                  |   |  |
| 機 構 名 稱   |   |   |  |
| 郵 遞 區 號   |   | 機 構 地 址   |  |
| 機 構 電 話   |   |   |  |
| 申 請 人(必須為機構負責人)   |   |   |  |
| 姓 名   |   | 電 話 (O)   |  |
| 職 稱   |   | 行 動 電 話   |  |
| 電子郵件信箱  |   |   |  |
| 機構醫師人數  | ※以機構實際醫師總人數之百分之十為核發上限。<br>※不足一張者以一張計，超出上限請詳述事由。 |   |  |
| 申 請 事 由   | ※醫事人員憑證 IC 卡(惟中醫師、西醫師、牙醫師類別)臨時無法作用之因應事由。        |   |  |
| 聯 絡 人 (郵件收件人) <input type="checkbox"/> 同申請人   |   |   |  |
| 單 位   |   | 電 話 (O)   |  |
| 姓 名   |   | 行 動 電 話   |  |
| 職 稱   |   |   |  |
| 電子郵件信箱  |   |   |  |
| (本欄由憑證中心填寫)   |   |   |  |
| 審核人員  |   | 卡片寄出日期  |  |
| 核發卡號  |   |   |  |
| 共申請備用卡____張(每張新台幣 275 元整)，<br>備用卡證照費用共____元，檢附受款人為<br>「衛生福利部」之郵政匯票(或即期支票)一張。  |   | 請於此處加蓋機構關防<br><br><div style="text-align: center; font-size: 2em; color: gray;">必 填</div> |  |
| <div style="text-align: center;">             申請人簽名或蓋章<br/><br/> <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: gray;">必 填</div> </div> |   | 填表日期：      年      月      日  |  |
| 卡片寄送將由「聯絡人」為收件者   |   |   |  |

**備註：**

- 醫事人員(醫師)備用卡，提供醫事機構申請。用於醫事人員(惟中醫師、西醫師、牙醫師類別)憑證 IC 卡臨時無法作用，因應醫師執行醫療作業時。
- 醫事人員(醫師)備用卡之健保權限讀取功能與醫事人員(醫師)卡相同，惟不可使用於電子簽章。
- 醫事機構應善盡「醫事人員(醫師)備用卡」管理責任，自行訂定管理辦法。如機構歇業，必須將「醫事人員(醫師)備用卡」寄回衛生福利部醫事憑證管理中心或銷毀。
- 本表填妥後請連同匯票(或支票)以掛號寄至醫事憑證管理中心。

□永久保存 ■定期保存 10 年

地址: (220)新北市板橋區遠東路 1 號 4 樓 G 室(衛生福利部醫事憑證管理中心 收)，(服務電話：0800-364422)