

制訂單位	文 件 名 稱	表單編號	版 次
HCA	醫事憑證繳費申請表	HC-OM-04-016-00	V 3.2

流水號：

醫事憑證繳費申請表

說明：

1. 本申請表提供繳費(郵政匯票或即期支票)紀錄申請資訊，**請確實填寫繳費資訊**，以加速 HCA 人員作業程序。若採線上信用卡繳費者，無須再填寫本表至本中心。
2. 郵政匯票(或即期支票)受款人為**衛生福利部**。
3. 本表填妥後請連同郵政匯票(或即期支票)以掛號寄至衛生福利部醫事憑證管理中心。
地址：(220 新北市板橋區遠東路 1 號 4 樓 G 室)
4. 同機構多張卡片申請時，可使用同一張匯票(或即期支票)，加總金額即可。
5. 填寫本申請表者，均視為同意繳費收據寄至執業登記地址，如逾期未領退回，本中心則不再主動聯繫與寄發。

醫事憑證 IC 卡資訊			
卡片類別 (勾選項目)	<input type="checkbox"/> 人員卡	<input type="checkbox"/> 機構卡 <input type="checkbox"/> 機構附卡 _____張	<input type="checkbox"/> 測試卡(遺失) _____張
姓 名	申請人姓名	(機構負責人姓名)	(機構/廠商名稱)
身分證號	申請人身分證號	(機構負責人身分證號)	(機構/廠商負責人姓名)
機構代碼			
機構名稱			
原卡片號碼 (遺忘或遺失者可免填)	GH	GH	GH
聯 絡 人			
姓名		電子郵件信箱	
單位/科別		職稱	
電話 (O)		行動電話	
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 申請人簽名或蓋章 </div>			
填表日期： 年 月 日			

備註：(服務電話:0800-364422)