

雲林縣中醫師公會 函

會址：斗六市雲林路2段211號6樓之10.11
電話：(05)5354088
傳真：(05)5332336
E-mail：ylcm@seed.net.tw
聯絡人：江佩容

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 105 年 9 月 9 日
發文字號：(105)雲縣中醫邦字第 201 號
速別：
密等及解密條件：
附件：醫療費用電子化作業同意申請表

主旨：為響應健保署全面推動之「醫療費用電子化作業」，敬請各會員積極踴躍參加申辦，請查照。

說明：

- 一、「醫療費用電子化作業」即針對醫療費用申報之抽樣與核定通知，改由 E-mail 通知院所至 VPN 下載，不再採用紙本通知的方式。(若 7 日內未下載仍會有專人聯絡，無須擔心遺漏之虞。)
- 二、為了讓您的診所能更即時接收任何健保業務相關資訊，敬請各會員積極踴躍參加申辦。
- 三、請填妥「醫療費用電子化作業同意申請表」(如附件)，並於 9 月 30 日前寄回本會，俾利彙整轉交健保署。

理事長黃上邦

醫療費用電子化作業同意申請表

_____ (院所代號：_____)

同意自_____年_____月(費用年月)起依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條(詳註)規定辦理。

連絡人姓名：_____ 電話：_____

E-MAIL：_____

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事服務機構地址：_____

代表人(公立醫事服務機構適用)/負責醫事人員

姓名：_____ (簽章)



中 華 民 國 年 月 日

註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條：

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎請將本申請表郵寄至_____

電話：

FAX：