

健保特約藥局配合政府辦理口罩實名制獎勵金申請書

藥局名稱（全銜）：		醫事機構代碼：
負責人：	身分證字號：	連絡電話：
地址：		
自109年__月__日起至__月__日止，配合辦理口罩實名制之口罩銷售累積天數共__天，符合		
<input type="checkbox"/> 達20~50天，獎勵費用五千元。 <input type="checkbox"/> 達51~75天，獎勵費用一萬元。 <input type="checkbox"/> 達76~100天，獎勵費用二萬元。 <input type="checkbox"/> 達101天以上，獎勵費用三萬元。		
資料繳交檢查表(檢附者請打 <input checked="" type="checkbox"/>): <input type="checkbox"/> 1. 領據 <input type="checkbox"/> 2. 獎勵人員清冊 <input type="checkbox"/> 3. 帳戶存摺封面影本(應有存戶名稱、銀行及分行名稱、帳號資訊)；如為劃撥帳戶(無存摺)，提供可供核對之證明資料。資料浮貼於背面 <input type="checkbox"/> 4. 身分證影本正反面(停歇業之藥局，請檢附此資料)		初審結果 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 蓋章 此格由初審單位填寫

領據

茲領到衛生福利部食品藥物管理署「配合政府辦理口罩實名制獎勵金」，新臺幣__萬__仟元整無訛，並依據「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」規定，其中百分之六十以上應分配予相關工作人員。

此致 衛生福利部食品藥物管理署

藥局名稱：
 統一編號：
 (若無，請填稅籍編號)
 帳戶戶名：
 (請優先填健保特約帳戶[可為劃撥帳戶]或負責人帳戶)
 金融機構名稱及代碼(7碼)：

帳號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大章

(如店章有統編資訊建議一併加蓋)

負責人簽名及蓋章(小章)： _____ 日期：109年 月 日

【註】 1. 若為停歇業之藥局，則毋須蓋大章，惟請於「藥局名稱」後括號註明為「停業」或「歇業」。
 2. 倘對食品藥物管理署公布之口罩銷售累積天數有疑義者，請附銷售天數資料及原因說明。
 3. 帳戶資訊部分，若為劃撥帳戶，請括號註明為「劃撥帳戶」。
 4. 金融機構名稱及代碼：代碼包含分行代碼，共 7 碼。
 5. 請確實、完整詳填所有欄位資料，以利獎勵金之發放。