

醫療費用申報總表線上確認作業申請書

本機構_____ (院所代號：_____)

醫事類別：

11. 門診西醫診所 12. 門診西醫醫院 13. 門診牙醫 14. 門診中醫
15. 門診洗腎 19. 門診其他醫事機構 21. 住診西醫診所
22. 住診西醫醫院 29. 住診其他醫事機構 30. 藥局
40. 物理治療所 50. 特約檢驗所

同意自_____年_____月(費用年月)起參加「醫療費用申報總表線上確認作業」。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事機構地址：

聯絡人姓名：

聯絡人電話：

聯絡人電子郵件：

醫事服務機構

用 印

醫事機構負責人

用 印

中 華 民 國 年 月 日