

全民健康保險特約醫事服務機構醫事人員異動申請表

機構名稱：_____ 機構代號：_____

地 址：_____

電 話：_____ 填表日期：_____

一、專任醫事人員異動

序號	異動人員姓名	身分證字號	人員類別	異動項目	異動日期
A1				增聘、離職 _____ 專科醫師證書	
A2				增聘、離職 _____ 專科醫師證書	
A3				增聘、離職 _____ 專科醫師證書	

註1：需報備人員類別為專科醫師、藥師（生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、聽力語言治療人員、呼吸治療師等。

註2：如有申辦洗腎、分娩、呼吸照護業務，則護理人員增聘、離職亦需報備。

經上述異動後本院所醫事人員總數如下：

醫師	牙醫師	中醫師	藥師	藥劑生	護理師	護士	物理師	物理生	職能師	職能生	語言治療人員	醫檢師（生）	放射治療人員	呼吸治療人員	營養師	助產士

二、支援醫師

序號	醫師姓名	身分證字號	原任職醫療院所	支援起訖日	每週支援時間	支援專科別
B1				起 / / 訖 / /		
B2				起 / / 訖 / /		
B3				起 / / 訖 / /		

特約醫事服務機構醫事人員異動核定表（以下為健保局核定欄位請勿填寫）

受理編號：

同意登記備查。

請於二週內補送下列證明文件或說明：

_____ 執業執照正反面影本。 _____ 藥師（生）證書正反面影本。

_____ 當地衛生主管機關同意函影本。

_____ 加保證明、 _____ 二年內之四十八小時繼續教育證明影本。

所聘藥事人員目前尚未在 貴院所加保，儘暫予登錄，如確未於 貴院所加保則將追扣藥費及藥事服務費。

其他。

決 行	課 長	經 辦	電腦鍵入

【諮詢電話：02-234867____】

第一聯：業務組存根聯（本表格一式二聯，請勿撕開）

全民健康保險特約醫事服務機構醫事人員異動申請表

機構名稱：_____ 機構代號：_____

地址：_____

電話：_____ 填表日期：_____

一、專任醫事人員異動

序號	異動人員姓名	身分證字號	人員類別	異動項目	異動日期
A1				增聘、離職 ____專科醫師證書	
A2				增聘、離職 ____專科醫師證書	
A3				增聘、離職 ____專科醫師證書	

註1：需報備人員類別為專科醫師、藥師（生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、聽力語言治療人員、呼吸治療師等。

註2：如有申辦洗腎、分娩、呼吸照護業務，則護理人員增聘、離職亦需報備。

經上述異動後本院所醫事人員總數如下：

醫師	牙醫師	中醫師	藥師	藥劑生	護理師	護士	物理師	物理生	職能師	職能生	語言治療人員	醫檢師（生）	放射治療人員	呼吸治療人員	營養師	助產士

二、支援醫師

序號	醫師姓名	身分證字號	原任職醫療院所	支援起訖日	每週支援時間	支援專科別
B1				起 / / 訖 / /		
B2				起 / / 訖 / /		
B3				起 / / 訖 / /		

特約醫事服務機構醫事人員異動核定表（以下為健保局核定欄位請勿填寫）

受理編號：

同意登記備查。

請於二週內補送下列證明文件或說明：

_____ 執業執照正反面影本。 _____ 藥師（生）證書正反面影本。

_____ 當地衛生主管機關同意函影本。

_____ 加保證明、 _____ 二年內之四十八小時繼續教育證明影本。

所聘藥事人員目前尚未在 貴院所加保，儘暫予登錄，如確未於 貴院所加保則將追扣藥費及藥事服務費。

其他。

行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組醫務管理科

本文無受理編號者無效

【諮詢電話：02-234867_____】

第二聯：院所存根聯（本表格一式二聯，請勿撕開）