

全民健康保險安全模組申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

醫療院所名稱			
醫療院所代號		聯絡人	
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章 注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
傳 真			
e-mail			
檢附資料 ※文件影本依序後附	<input type="checkbox"/> 讀卡設備發票影本 <input type="checkbox"/> 毀損的安全模組 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥收據影本 <input type="checkbox"/> 原發安全模組		
申請原因	<input type="checkbox"/> 新簽約 ○1. 新簽約(附購買讀卡機發票影本) ○2. 遷址或換負責人之新簽約(附前院所安全模組) <input type="checkbox"/> 增加讀卡設備(附購買讀卡機發票影本) <input type="checkbox"/> 毀損換發(附毀損的安全模組及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發(郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發, 原申請日期_____		
申請發卡數量	(片)		
若申請原因為”毀損換發”或”遺失補發”,請務必在下列欄位逐一填寫”毀損”或”遺失”的安全模組編號,以利健保署後續處理,避免貴單位權益受損。謝謝!(請以正楷填寫,字體請勿潦草)			
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
5. _____	6. _____	7. _____	8. _____
9. _____	10. _____	11. _____	12. _____
13. _____	14. _____	15. _____	16. _____
17. _____	18. _____	19. _____	20. _____
(以下資料由高屏業務組人員填寫)			
受理單位：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組		核准數量：_____ (片)	
電腦建檔	覆核	單位主管	不核准原因： <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

註：1. 若遺失或毀損請檢附劃撥單據影本

(帳戶：衛生福利部中央健康保險署 18089434 費用 500 元/片)。

2. 請郵寄 807 高雄市三民區九如二路 157 號 5 樓(高屏業務組醫務管理科)，

電話：(07)323-3123 轉 5015

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組裝妥，鎖緊機殼才可通電。

(2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組。

(3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡(回傳代碼 6005)

104.01.14 修訂版

QR-WKOH-208-01-A