

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 5 月 6 日

發文字號：(105)雲縣中醫邦字第 088 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

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連絡)
- 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申辦。
- 三、欲申請之院所，請填妥「醫療費用電子化作業同意申請表」(如附件)，並於 5 月 31 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)

醫事服務機構

用 印

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：