

全民健康保險安全模組申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位	<input checked="" type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 聯合服務中心或聯絡辦公室 <input type="checkbox"/> 鄉鎮公所或戶政單位 <input type="checkbox"/> 聯合門診中心 <input type="checkbox"/> 署本部或各業務組 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他		
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"/> 讀卡設備證明單據 <input type="checkbox"/> 毀損的安全模組 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥收據影本 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
申請原因	<input type="checkbox"/> 新簽約 <input type="checkbox"/> 1. 新簽約 (附購買讀卡機證明) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人之新簽約 <input type="checkbox"/> 增加讀卡設備 (附購買讀卡機證明) <input type="checkbox"/> 非刻意毀損換發 (附毀損的安全模組卡) <input type="checkbox"/> 遺失補發 (附郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發, 原申請日期 _____ <input type="checkbox"/> 刻意毀損換發 (附毀損的安全模組及郵政劃撥收據影本)		
申請發卡數量	(片)		

※ 若申請原因為”遺失補發”或”毀損換發”，請務必在下列欄位逐一填寫”遺失”或”毀損”的安全模組編號，以利本署後續處理，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. _____ |

(以下資料由本署分區業務組人員填寫)

受理單位：衛生福利部中央健康保險署 臺北 業務組 承辦人 單位主管 年 月 日 年 月 日	核准數量：_____ (片) 不核准原因： <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
---	--

備註：

1. 安全模組卡若遺失或刻意毀損請檢附劃撥單據影本(戶名：衛生福利部中央健康保險署、帳號：18089434，費用 500 元/片)。
2. 請寄至衛生福利部中央健康保險署**臺北**業務組醫務管理科，地址：100 臺北市許昌街 17 號 8 樓 電話：23486755
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。