# 新北市醫療補助合約醫療院所申請表

申請日期 :_____年_____月_____日

□申請　　□解約

| | |
|---|---|
| 申請醫療機構: | |
| 醫療機構代碼： | |
| 醫療機構統一編號: | |
| 醫療院所地址: | |
| 診療科別: | |
| 負責醫師: | 連絡電話:（日） |
| 連絡人: | 連絡電話:（日） |
| 醫療補助管理系統權限申請(最多 2 組，並請勾選所要權限):<br>(一)□前端(查詢)　□後端(申報)<br>使用者姓名:<br>使用者帳號:<br>聯絡電話:<br>電子郵件: | (二)□前端(查詢)　□後端(申報)<br>使用者姓名:<br>使用者帳號:<br>聯絡電話:<br>電子郵件: |
| 檢附資料 | □ 申請表<br>□ 契約書<br>□ 全民健康保特約醫療院所合約影本乙份<br>□ 醫療機構存摺影本一份 |
| 審核結果<br>(衛生局填寫) | □ 核定　　□不予核定，原因：<br>承辦人：　　股長： |

註:如有任何疑問，洽詢專線: (02)2259-2825