

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 8 月 1 日

發文字號：(105)雲縣中醫邦字第 155 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

主旨：為因應電子化作業趨勢，響應健保署南區業務組近期積極推動「醫療費用電子化作業」，請本會會員踴躍積極加入申辦，請查照。

說明：

- 一、依據本會第 25 屆第 7 次理監事聯席會議決議辦理。
- 二、「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 Email 通知院所至 VPN 下載，不再採用紙本通知的方式，因此，更能在短時間內即時接收健保業務資訊。(若 7 日內未下載仍會有專人聯絡，無須擔心遺漏之虞。)
- 三、自 105 年初至 105 年 7 月 12 日止，本會會員已申請辦理之院所數為 20 家，尚有提升的空間，希望本會會員踴躍加入申辦。
- 四、請填妥「醫療費用電子化作業同意申請表」(如附件)，並於 8 月 30 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)



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：