

全民健康保險特約醫事服務機構中藥藥事人員異動申請表

醫事機構名稱：_____ 機構代號：_____

地 址：_____

電 話：_____ 連絡人：_____ 填表日期：_____

序號	異動人員姓名	身分證字號	人員類別	檢附資料	異動日期
A1				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A2				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A3				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A4				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A5				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A6				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A7				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A8				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	

註1：藥事人員具備中藥藥事人員資格時提出申請。

註2：其餘醫事人員異動資料，由衛生福利部醫事管理系統自動轉檔，無需填寫本表。

核定如下（以下為健保署核定欄位請勿填寫）

同意登記備查。

不同意，茲因_____

其他。

電腦鍵入	經 辦	複 核	決 行

【諮詢電話：02-23486755】

第一聯：臺北業務組存根聯（本表格一式二聯，請勿撕開）

全民健康保險特約醫事服務機構中藥藥事人員異動申請表

醫事機構名稱：_____ 機構代號：_____

地 址：_____

電 話：_____ 連絡人：_____ 填表日期：_____

序號	異動人員姓名	身分證字號	人員類別	檢附資料	異動日期
A1				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A2				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A3				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A4				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A5				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A6				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A7				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	
A8				<input type="checkbox"/> 學分證明影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本	

第二聯：院所存根聯（本表格一式二聯，請勿撕開）

註1：藥事人員具備中藥藥事人員資格時提出申請。

註2：其餘醫事人員異動資料，由衛生福利部醫事管理系統自動轉檔，無需填寫本表。

核定如下（以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位請勿填寫）

同意登記備查。

不同意，茲因_____

其他。



衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

【諮詢電話：02-23486755】