

請領（補發） 112 年度 執行業務所得扣繳憑單
醫療費用分列項目表

申請書

| | | | |
|------|---|---|------------|
| 基本資料 | 機構名稱 | | 簽約印鑑(大小章)： |
| | 機構代號 | | |
| | 統一編號 | | |
| | 負責醫事人員姓名 | | |
| | 身分證號碼 | | |
| | 聯絡電話 | | |
| | 手機號碼 | | |
| | 合約現況 | <input type="checkbox"/> 合約中 <input type="checkbox"/> 已解約 | |
| 領取方式 | <input type="checkbox"/> 自 VPN 系統下載 | | |
| | <input type="checkbox"/> 負責人臨櫃領取（請攜帶身分證明文件正本以供查驗） | | |
| | <input type="checkbox"/> 郵寄：寄至執業地址（由健保署逕自擷取特約院所檔登錄之送達地址） | | |
| | <input type="checkbox"/> 他人臨櫃領取（請填寫下列委託書、並攜帶當事人及代理人之身分證明文件正本以供查驗） | | |
| | <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p>本人茲因_____（事由）之需要，同意由代理人_____</p> <p>（與本人關係：_____）向全民健康保險保險人申請提供 112 年度</p> <p><input type="checkbox"/>執行業務所得扣繳憑單及<input type="checkbox"/>醫療費用分列項目表。</p> <p style="text-align: right;">授權人姓名_____（簽章）</p> </div> | | |

備註:1. 申請書填妥後請以郵寄、傳真或親至本業務組辦理。

2. 西醫醫院：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 8 樓 FAX:23706584

3. 中、牙醫院所：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 6 樓 FAX:23895694

4. 西醫基層院所、其他交付機構：100 臺北市中正區公園路 15 之 1 號 3 樓

FAX:23486448

申請日期： 年 月 日