

## 醫事服務機構申請為全民健康保險特約藥局填表須知

### 壹：申請書部分

- 一、檢具繼續教育證明文件者，其繼續教育應經中央衛生主管機關認可。
- 二、申請藥局名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 二、藥局開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

### 貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、藥局代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、主持藥師或藥劑生執業年資欄請填最近二年執業資料。
- 三、調劑室地坪面積欄請按實際使用面積填寫。
- 四、醫事人員簡歷表欄位不敷使用時，請另以附頁說明，附表於後。
- 五、藥事人員類別欄請填藥師或藥劑生，並檢附執業執照、身分證正反面影本。
- 六、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥證明文件影本。
- 七、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

### 參：其他：

- 一、申請書內之醫事服務機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，寄收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各分局辦理成立投保單位。
- 四、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收	件	單	位	地	址
臺北市、臺北縣、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	中央健康保險局	臺北分局	第三辦公室		臺北市許昌街十七號八樓	
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	中央健康保險局	北區分局			桃園縣中壢市中山東路三段五二五號	
臺中市、臺中縣、彰化縣、南投縣	中央健康保險局	中區分局			臺中市市政北一路六十六號	
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、臺南縣	中央健康保險局	南區分局			臺南市公園路九十六號	
高雄市、高雄縣、屏東縣、澎湖縣	中央健康保險局	高屏分局			高雄市九如二路一五七號	
花蓮縣、臺東縣	中央健康保險局	東區分局			花蓮市軒轅路三十六號	

# 全民健康保險特約藥局申請書

茲擬承辦全民健康保險藥事服務業務，特檢具「全民健康保險特約藥局基本資料表」，  
繼續教育證明文件註明與正本相符之影本，執業證明（含開業執照、執業執照、藥師（藥劑生）證書及身分證正反面）註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約藥局，請惠予受理。

此致

## 中央健康保險局

申請藥局名稱：

藥局印信



主持藥師：  
藥劑生

簽章：

藥局地址：

縣市 市鎮區 村里 街路  
段 巷 弄 號 樓之

主持藥師戶籍地址：  
藥劑生

縣市 市鎮區 村里 街路  
段 巷 弄 號 樓之

主持藥師通訊地址：  
藥劑生

縣市 市鎮區 村里 街路  
段 巷 弄 號 樓之

中華民國 年 月 日

# 全民健康保險特約藥局基本資料表

第一聯送健保局  
第二聯衛生局(所)存查

藥局名稱											代號										
開業執照地址	縣市	鄉鎮區	村里	街路	段巷弄	號	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														
主持藥師或藥劑生				出生年月	年	月	日	最近開業日期	年	月	日										
身分證號				最近開業執照號碼																	
主持藥師或藥劑生執業年資			計	年	調劑室面積			計	平方公尺												
執業資料	執業地點		執業場所名稱				執業起迄日期														
	市	市區					年	月	日	至	年	月	日								
	縣	鎮鄉					年	月	日	至	年	月	日								
	市	市區					年	月	日	至	年	月	日								
藥事人員簡歷	類別	姓名	出生年月日	身分證號	執業執照號碼																
<p>一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。</p> <p>二、該 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 未涉 <input type="checkbox"/> 涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已未結案。</p> <p>三、該藥局違規事實概要：</p>																					
<p>縣衛生局</p> <p>(請加蓋機關關防及首長簽名章)</p>																					
<p>中華民國 年 月 日</p>																					
醫事服務機構其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 私立合夥 <input type="checkbox"/> 私立獨資		單位所得稅統一編號																	
	傳真號碼				電話號碼																
	本欄勿須由衛生局查驗核章																				

# 全民健康保險特約藥局基本資料表

第一聯送健保局  
第二聯衛生局(所)存查

藥局名稱											代號										
開業執照地址	縣市	市鄉鎮區	村里	街路	段巷弄	號	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														
主持藥師或藥劑生				出生年月	年	月	日	最近開業日期	年	月	日										
身分證號				最近開業執照號碼																	
主持藥師或藥劑生執業年資			計	年	調劑室面積			計	平方公尺												
執業資料	執業地點		執業場所名稱				執業起迄日期														
	市	市區					年	月	日	至	年	月	日								
	縣	鎮鄉					年	月	日	至	年	月	日								
	市	市區					年	月	日	至	年	月	日								
藥事人員簡歷	類別	姓名	出生年月日	身分證號	執業執照號碼																
<p>一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。</p> <p>二、該 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 未涉 <input type="checkbox"/> 涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已未結案。</p> <p>三、該藥局違規事實概要：</p>																					
<p>縣市衛生局</p> <p>(請加蓋機關關防及首長簽名章)</p>																					
<p>中華民國 年 月 日</p>																					
醫事服務機構	其他基本資料	性質	<input type="checkbox"/> 私立合夥 <input type="checkbox"/> 私立獨資		單位所得稅統一編號																
		傳真號碼					電話號碼														
	本欄勿須由衛生局查驗核章																				