請勿使用傳真紙

全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱：_____

醫事機構代號 □□□□□□□□□□ 所得單位扣繳統一編號 □□□□□□□□

銀行	總機構名稱		代號		
	分支機構名稱				
	存款種類	□支票存款 □活期存款 □活期儲蓄存款			
	戶名				
	帳號（請靠右填寫左邊補零）				
郵局	戶名				
	郵政劃撥帳號				

委託金融機構名稱及代號：

001 中央信託局	002 中國農民銀行	003 交通銀行	004 台灣銀行
005 台灣土地銀行	006 合作金庫銀行	007 第一商業銀行	008 華南商業銀行
009 彰化商業銀行	012 台北富邦銀行	050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司
804 中華商業銀行	815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

備註：1. 戶名請以醫事機構名稱及負責醫事人員二者同時開立。
範例：健康診所王大同
2. 屬法人或公立之醫事機構，則以醫事機構名稱開立戶名。

修表日期：94.06.16