

# 電子化作業申請書

本機構\_\_\_\_\_ (院所代號：\_\_\_\_\_)

同意申請自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起參加(請勾選參加項目)：

☐「專業審查作業紙本病歷替代方案(PACS)」(試辦計畫代號 58)。

☐「核定電子化作業」(試辦計畫代號 71)。

☐「醫療費用申報總表線上確認作業」(試辦計畫代號 76)。

聯絡人姓名：

聯絡人電話：

聯絡時段：☐9 點到 12 點    ☐14 點到 17 點    ☐17 點以後    ☐皆可

此致      衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

醫事機構負責人姓名：

醫事機構負責人電話：

醫事機構負責人電子郵件：

醫事服務機構

用      印

醫事機構負責人

用      印

◎請將申請表郵寄至：801 高雄市前金區中正四路 259 號 14 樓醫療費用三科

中華民國

年

月

日