**臺北市兒童醫療補助特約醫療院所相關資料繳交自我檢核表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項次** | **應繳資料之項目內容** | **醫療院所自行確認(請勾選)** | **衛生局確認**(請勿填寫) |
| 1 | 合約書(一式兩份) | 🞎符合🞎無資料(原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |
| 2 | 申請書(一式兩份) | 🞎符合🞎無資料(原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |
| 3 | 全民健康保險特約醫事服務機構合約書影本(機關及健保署印信頁) | 🞎符合🞎無資料(原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |
| 4 | 金融機構存摺封面影本 | 🞎符合🞎無資料(原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |

**備註：**

1. 如有辦理全民健康保險預防保健服務者，請附上「全民健康保險特約醫事服務機構合約附約-辦理全民健康保險預防保健服務」之附約影本。
2. 特約醫療院所應以其開業執照名稱在上開金融機構開立存款帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立帳戶則無法受理。
3. 郵寄至**110臺北市府郵局49-123號信箱 兒童醫療補助小組(新簽約)收**