

## 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)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 無資料(原因_____ )	
2	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)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 無資料(原因_____ )	
3	金融機構存摺封面影本	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 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
4. 有相關問題請洽：02-27208889 轉 7122 林小姐