安全模組申請表

申請日期:　　年　　月　　日　　申請單號:

申請單位	□醫事服務機構　□聯合服務中心或聯絡辦公室 □鄉鎮公所或戶政單位　□聯合門診中心　□總局或各分局 □衛生所　□其他		
申請單位名稱			
申請單位代號		聯絡人	
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳　真			
e-mail			
檢附資料 **※文件影本依序後附**	□讀卡設備證明單據　□毀損的安全模組 □郵政劃撥收據影本 □其他 _____		
申請原因	□首次發卡 □新簽約　□增加讀卡設備 □毀損換發　□遺失補發 □未寄達補發,原申請日期 _____		(需與原合約印鑑相同)
申請發卡數量	(片)		

※ 若申請原因為"毀損換發"或"遺失補發", 請務必在下列欄位逐一填寫"毀損"或"遺失"的安全模組編號,以利健保局後續處理避免 貴單位權益受損。謝謝!

(請以正楷填寫,字體請勿潦草)

1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
5. _____	6. _____	7. _____	8. _____
9. _____	10. _____	11. _____	12. _____
13. _____	14. _____	15. _____	16. _____
17. _____	18. _____	19. _____	20. _____

(以下資料由健保分局人員填寫)

受理單位: _____分局 承辦人　　單位主管 ___年___月___日　___年___月___日	核准數量: _____ (片) 不核准原因: □ _____ □ _____ □ _____ □ _____