安全模組申請表

申請日期：　　年　月　　日　　申請單號：

申請單位	☐ 投保單位　☐ 聯合服務中心或聯絡辦公室 ☐ 醫事服務機構　☐ 聯合門診中心　☐ 署本部或各分區業務組 ☐ 鄉鎮市區公所　☐ 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　☐ 毀損之安全模組 ☐ 郵政劃撥收據影本 ☐ 其他		
申請原因	☐ 新設置讀卡設備　☐ 增加讀卡設備 ☐ 遺失補發　☐ 毀損換發 ☐ 未寄達補發，原申請日期 _____		
申請發卡數量	（片）		

※　**若申請原因為“遺失補發”或“毀損換發”，請務必在下列欄位逐一填寫“遺失”或“毀損”之安全模組編號，以利本署後續處理，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	_____

（以下資料由衛生福利部中央健康保險署分區業務組人員填寫）

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