

中央健康保險署暨中華民國藥師公會全國聯合會

106年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫

藥事人員服務申請表

申請人姓名：	出生日期：
電話：(家)	手機號碼：
連絡地址：	
e-mail 地址：	藥師證書字號：
執業機構名稱： 機構代號：	聯絡電話：

- 是 否 為健保署特約醫事服務機構執業之藥師
- 是 否 2年內有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法暨相關法令規定
- 是 否 已通過中華民國藥師公會全國聯合會認證之完整職前訓練並附證明於後，且申請人已充分了解擔任本方案藥事服務人員之權利義務暨相關規定，並保證確實遵守。

此 致

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

藥師簽名：

申請日期：

臺北業務組 查證：

- 是 否 為兩人(含)以上之藥事人員或前一年度(申報資料須滿12個月)平均每日調劑處方箋40張(含)以下之1人藥事人員執業之本署特約藥局
- 是 否 申請人暨其目前服務之健保特約醫事服務機構104年及105年兩年未有停止、終止特約或不予特約之紀錄，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。
- 是 否 通過中華民國藥師公會全國聯合會認證之完整職前訓練

查證結果：同意不同意：理由_____

查證日期：_____

承辦人_____複核專員_____科長_____