

附件三

申請表

本機構申請不參加 COVID-19(武漢肺炎)疫情期間提升暫付金額方案。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

聯絡人姓名：

聯絡電話：

醫事服務機構

用 印

醫事機構負責人

用 印

中 華 民 國 年 月 日