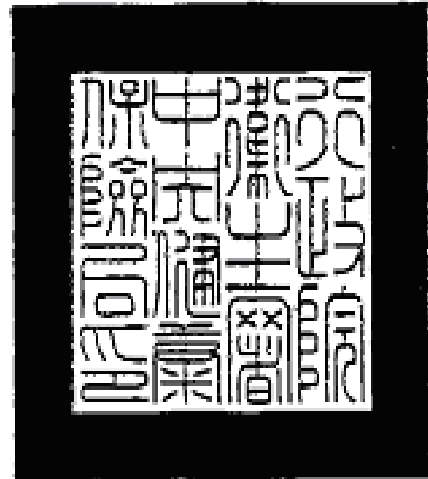


醫院或診所方型印章



立合約人

甲方：行政院衛生署中央健康保險局  
局長：○○○

地 址：台北市信義路三段一四〇號

乙方：××醫院

醫事機構地址：高雄縣××××

醫事機構代號：120×××××××

代表人：(公立醫療機構、醫療法人之醫療機構及法人附設醫療機構適用)



負責醫師(或負責醫事人員)：

姓 名：○○○

戶籍地址：高雄縣××××

身分證號：B100000000

代理人：

戶籍地址：

身分證號：

簽章



「由負責醫師(或負責醫事人員)親自蓋章或由代理人提示代理人身分證正本、負責醫師身分證影本及負責醫師委託書正本，由代理人於合約書記明確係受負責醫師委託辦理之意旨並蓋負責醫師及代理人章」

中華民國 99 年 / 月 20 日