

附件一之一

全民健康保險醫療費用欠費案件分期攤還申請書（保險醫事服務機構適用）

申請人○○○因○○○○○○○事宜，應返還保險人醫療費用共計新臺幣 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整（含按民法法定利率計算之利息），承諾依下列方式攤還，如有一期未按時繳還，則視同全部到期，申請人願逕受訴追及保險人停止醫療費用核（暫）付之處分，絕無異議。

共分 期攤還：

期別	每期應攤還金額		繳納方式	應繳日期	支票金額	支票號碼	支票到期日
	本金	利息					

此致

全民健康保險保險人

立申請書人：

保險醫事服務機構代號：

保險醫事服務機構名稱：

（加蓋機構印信）

保險醫事服務機構地址：

負責醫事人員姓名：

負責醫事人員身分證號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

行動電話：

中華民國 年 月 日

附件一之二

全民健康保險醫療費用欠費案件分期攤還申請書（不具投保資格者適用）

申請人○○○因○○○○○○○事宜，應返還保險人醫療費用共計新臺幣 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整（含按民法法定利率計算之利息），承諾依下列方式攤還，如有一期未按時繳還，則視同全部到期，申請人願逕受訴追，絕無異議。

共分 期攤還：

期別	每期應攤還金額		繳納方式	應繳日期	支票金額	支票號碼	支票到期日
	本金	利息					

此致

全民健康保險保險人

立申請書人：

身分證號碼：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

行動電話：

中華民國 年 月 日