

# 健保特約藥局配合政府辦理口罩實名制獎勵金申請書

藥局名稱 (全銜)：		醫事機構代碼：
負責人：	身分證字號：	連絡電話：
地址：		
自109年 月 日起至 月 日止，配合辦理口罩實名制之口罩銷售累積天數共_____天，符合		
<input type="checkbox"/> 達20~50天，獎勵費用五千元。 <input type="checkbox"/> 達51~75天，獎勵費用一萬元。 <input type="checkbox"/> 達76~100天，獎勵費用二萬元。 <input type="checkbox"/> 達101天以上，獎勵費用三萬元。		
資料繳交檢查表(檢附者請打√)：		初審結果
<input type="checkbox"/> 1.領據 <input type="checkbox"/> 2.獎勵人員清冊 <input type="checkbox"/> 3.帳戶存摺封面影本(應有存戶名稱、銀行及分行名稱、帳號資訊)；如為劃撥帳戶(無存摺)，提供可供核對之證明資料。資料浮貼於背面 <input type="checkbox"/> 4.身分證影本正反面(停歇業之藥局，請檢附此資料)		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合  蓋章   此格由初審單位填寫

## 領據

茲領到衛生福利部食品藥物管理署「配合政府辦理口罩實名制獎勵金」，新臺幣 萬 仟元整無訛，並依據「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」規定，其中百分之六十以上應分配予相關工作人員。

此致 衛生福利部食品藥物管理署

藥局名稱：

統一編號：  
(若無，請填稅籍編號)

帳戶戶名：  
(請優先填健保特約帳戶[可為劃撥帳戶]或負責人帳戶)

金融機構名稱及代碼 (7碼)：

帳號：  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

負責人簽名及蓋章(小章)：

日期：109年 月 日



- 【註】**
- 1.若為停歇業之藥局，則毋須蓋大章，惟請於「藥局名稱」後括號註明為「停業」或「歇業」。
  - 2.倘對食品藥物管理署公布之口罩銷售累積天數有疑義者，請附銷售天數資料及原因說明。
  - 3.帳戶資訊部分，若為劃撥帳戶，請括號註明為「劃撥帳戶」。
  - 4.金融機構名稱及代碼：代碼包含分行代碼，共7碼。
  - 5.請確實、完整詳填所有欄位資料，以利獎勵金之發放。