**中華民國醫師公會全國聯合會**

**「發放COVID-19家用快篩試劑服務費用」匯款帳戶資料回傳表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫療院所名稱 |  | 醫事機構代碼 |  |
| 匯款銀行  (例如:台新銀行) |  | 匯款銀行分行  (例如:敦南分行) |  |
| 戶名(請提供【醫療院所-負責醫師聯名帳戶】) | |  | |
| 匯款帳號 |  | | |
| 醫療院所統一編號 |  | | |
| 存摺封面影本 | (請浮貼匯款帳戶存摺影本) | | |

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

**領 據**

茲收到113年度衛生福利部疾病管制署委託中華民國醫師公會全國聯合會辦理「透過醫療院所提供就醫民眾COVID-19家用快篩試劑服務」—服務費用新台幣壹仟肆佰元整。

此據

**具領機構:** (**請蓋醫療院所章**)

中華民國113年 月 日

※備註:本服務費用依所得稅法規定，將以所得類別:其他所得(格式代號92)申報醫療院所所得，領據簽章人須與申報所得人相同。