**醫療費用行動支付導入流程優化改善競賽**

附件一

**參賽報名表**

**組別：成效組**

|  |  |
| --- | --- |
| **醫療機構名稱** |  |
| **改善或推廣方式說明** | *請以條列式進行說明，例如：*1. *辦理院內員工、志工之行動支付教育訓練課程。*
2. *製作行動支付相關宣傳單張或推廣品，發送予民眾，作為使用行動支付之誘因。*
3. *鼓勵院內員工、志工向民眾推廣，並提供推廣獎金。*
 |
| **機構所屬單位** |  |
| **聯絡人** |  | **職稱** |  |
| **聯絡電話** |  | **E-mail** |  |
| **聯絡地址** |  |
| **行動支付工具****上線時間** | *請敘明已導入行動支付工具之上線日期，例如：**1.醫院自建APP：2019年5月1日**2.醫指付：2020年1月15日* |
| **同意書** | 本機構因參加衛生福利部委託社團法人台灣私立醫療院所協會執行之「醫療費用行動支付導入流程優化改善競賽」，除保證確實瞭解競賽規則及遵守評選之各項規定外，茲同意並承諾下列事項：1. 本機構保證所提供/填寫之各項資料內容均屬實，同時符合競賽規定，若查有不實者，執行單位可隨時取消本機構競賽資格；若獲獎，執行單位得以賽後追回已發送之競賽獎座與獎品，並自負法律責任。
2. 執行單位具有使用報名案例於發表會、說明會、研習會等活動作為相關推廣用途之權利。
3. 本機構同意執行單位對於因參賽所提供之所有資料，無論得獎與否概不退件，由執行單位統一銷毀。
4. 競賽辦法未規定之事項或有不周延之處，概依執行單位公文或會議決議行之。

此致 社團法人台灣私立醫療院所協會參賽機構或所屬單位用印：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_中華民國\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日 |

§**2022年7月～2023年6月各項行動支付交易次數(計算成長率之用)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交易次數行動支付類型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫院自行開發之APP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫指付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 台灣Pay |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LinePay |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 街口支付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pi錢包 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他(請說明) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備註：表格如不敷使用，請自行延伸

**醫療費用行動支付導入流程優化改善競賽**

附件二

**推動成效回報表**

**組別：成效組**

|  |  |
| --- | --- |
| **醫療機構名稱** |  |
| **機構所屬單位** |  |
| **聯絡人** |  | **職稱** |  |
| **聯絡電話** |  | **E-mail** |  |

§**2023年7月～2024年6月各項行動支付交易次數**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交易次數行動支付類型 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫院自行開發之APP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫指付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 台灣Pay |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LinePay |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 街口支付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pi錢包 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他(請說明) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備註：表格如不敷使用，請自行延伸

**醫療費用行動支付導入流程優化改善競賽**

附件三

**參賽報名表**

**組別：改善創新組**

|  |  |
| --- | --- |
| **醫療機構名稱** |  |
| **參賽主題** |  |
| **改善優化期間** | 自\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月 |
| **機構所屬單位** |  |
| **聯絡人** |  | **職稱** |  |
| **聯絡電話** |  | **E-mail** |  |
| **聯絡地址** |  |
| **同意書** | 本機構因參加衛生福利部委託社團法人台灣私立醫療院所協會執行之「醫療費用行動支付導入流程優化改善競賽」，除保證確實瞭解競賽規則及遵守評選之各項規定外，茲同意並承諾下列事項：1. 本機構保證所提供/填寫之各項資料內容均屬實，所提供之作品，無剽竊、抄襲或其他侵害他人專利、專門技術、著作權或其他智慧財產權，同時符合競賽規定，若查有不實或侵害他人權益者，執行單位可隨時取消本機構競賽資格；若獲獎，執行單位得以賽後追回已發送之競賽獎座與獎品，並自負法律責任。
2. 參賽作品不得為曾參加國內外比賽之得獎作品或內容，以及公開發表過之作品或內容，如查驗有雷同、仿冒等事實者，取消參賽資格；如已獲獎，則撤銷獲得之獎項，並追回獎座與獎品。
3. 執行單位具有使用報名案例於發表會、說明會、研習會等活動作為相關推廣用途之權利。
4. 本機構同意執行單位對於因參賽所提供之所有資料，無論得獎與否概不退件，由執行單位統一銷毀。
5. 競賽辦法未規定之事項或有不周延之處，概依執行單位公文或會議決議行之。

此致 社團法人台灣私立醫療院所協會參賽機構或所屬單位用印：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_中華民國\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日 |