□□□-□□

縣市

鄉鎮市區

路(街)

段

巷

弄

號

樓

財政部北區國稅局

稽徵所
分局
服務處
綜所
稅股
課
收

寄件人：

地址：

縣市

鄉鎮市區

路(街)

段

巷

弄

號

樓

□□□-□□

(請用膠帶黏貼)

執行業務者業務狀況調查紀錄表填表注意事項說明

一、請　貴單位將所附調查紀錄表，詳細填寫業務狀況後，於　年　月　日寄回本單位，如需留存，請自行影印。

二、基本資料請確認，空白處亦請一併填寫，如有異動者(註銷、變更負責人或執業地址等)，請更改本表資料，若尚未向本單位綜所稅課(股)辦理變更者，請儘速辦理。

三、僱用人員有無辦理上一年度扣繳憑單申報，及每月薪資有無依規定扣繳稅款，請確實填寫。

四、執業場所如為承租，請註明所有權人與使用人之關係，並詳填所有權人身分證字號及房屋稅籍編號。租金支出有無辦理上一年度扣繳憑單申報，及每月租金有無依規定扣繳稅款，請確實填寫。

五、**凡當日開門看診，不論看診時間多寡均以1日計算，每週執業 7 天者，半年以180天計算；每週執業未及7天者，半年以150x每週執業天數÷6計算，亦即每週執業6天者，半年以150天計算，每週執業5天者，半年以125天計，請依此填寫確實執業天數。如出國或其他原因停診或休診，請事前檢附衛生主管機關核備函或證明文件(如護照上之出國紀錄)，向所屬稽徵機關報備減除未執業天數。**

六、【健保收入】之「掛號費」及「自行負擔」請填寫清楚，**如有特殊病患免收掛號費及健保自行負擔，請按日以電腦或人工逐日列冊(內容需包括病患之姓名、住址、電話、病歷號碼等)，以供本單位勾稽查核。**

七、【帳載情形】請務必填寫清楚。

八、負責人請務必簽名蓋章並註記日期。各欄位如有塗改，請於塗改處加蓋印章。

備註：1.未依限填報者，依稅捐稽徵法第46條規定處以新臺幣3千元以上、3萬元以下罰鍰。如逾期未填報或填報不實，本單位將另派員實地訪查或駐查。

2.扣繳暨免扣繳憑單，請依所得稅法第89條第3項、第92條規定，於次年1月底前向本單位辦理申報，並於次年2月10日前填發予所得人，以便所得人併其當年度個人綜合所得稅辦理申報，以免受罰。

3.醫療院所的負責人或其合夥經營的各合夥人，請依所得稅法第71條規定併其他類別所得辦理綜合所得稅結算申報，以免漏報受罰。

愛心辦稅，誠實納稅，為徵納雙方所互許，臺端誠摯的配合，將作為課稅之參考依據，務必請詳實填寫以確保權益，並節省徵納雙方之時間。

如有疑問，請洽財政部北區國稅局　　分局、稽徵所、服務處　承辦人：　　電話：　　分機：

F 990630(A)
尺寸11"X14"

婦產科

財政部北區國稅局

年　月至　月醫療院所等執行業務狀況調查紀錄表

	函　查
	訪　查
	駐　查

(上述資料若有不符或未填載者，請予以更正或補填)

◎函查時、紅線框內請業者填寫。

僱用人員	醫師 _____ 人，護士 _____ 人，總務 _____ 人，其他 _____

租金支出、薪資支出等費用扣繳申報情形：（執業場所若為本人、配偶或直系親屬所有，請於「承租方式」處填明與房屋所有權人之關係）。
1.是否已辦理上一年度扣繳憑單申報：□皆已辦理　□_____未辦理。
2.本年度是否已依規定扣繳稅款：□皆已扣繳　□_____未扣繳　□未達扣繳稅額起扣點（依據各類所得扣繳率標準第13條規定）。

設備狀況	名稱	診療室	掛號室	配藥室	手術室	X光設備	病房室			洗腎機	斷層掃描儀器	超音波	診療椅張數	救護車	其他
							單人房	雙人房	四人房						
	數量											台		輛	

診療時間		上午	下午	晚上	休業報備	起始日期		截止日期	
	星期一至五					休業原因	__(1.出國2.整修內部3.其他 _____)		
	星期六								
	星期例假日					報備文號			

健保收入　掛號費：每人收費門診　　元，(有、無)急診　　元。　自行負擔；每人收費門診　　元，(有、無)急診　　元。

非健保收入（淡旺季平均）

(一) 一般門診　每天約　　人，每人平均收費　　元，全（上、下半）年小計　　元。

(二) 婦產科診所自費項目
請貴單位確實依自費項目填寫，如有下列未載明之項目請自行揭露

	每月應診人次	平均收費	上、下半年合計		每月應診人次	平均收費	合計
常見自費項目：				營養注射(點滴)	人	每人　元	
子宮頸癌疫苗(3劑)	人	每人　元		肺炎疫苗	人	每人　元	
人類乳突瘤病毒HPV DNA試驗	人	每人　元		診斷證明書	人	每人　元	
自費乳癌篩檢	人	每人　元					
乳房超音波	人	每人　元		各項母體及新生兒篩檢：			
婦科腫瘤篩檢	人	每人　元		脊髓性肌肉萎縮症SMA基因檢測	人	每人　元	
婦女癌症篩檢	人	每人　元		絨毛膜穿刺採樣	人	每人　元	
性病篩檢	人	每人　元		性聯遺傳Y基因檢驗	人	每人　元	
子宮頸抹片檢查(30歲以下)	人	每人　元		妊娠初期唐氏症篩檢	人	每人　元	
新柏氏電腦超薄抹片	人	每人　元		妊娠中期唐氏症篩檢	人	每人　元	
排卵檢測	人	每人　元		母血唐氏症篩檢	人	每人　元	
陰道整型	人	每人　元		一般產科超音波	人	每人　元	
處女膜修補	人	每人　元		高層次超音波	人	每人　元	
避孕藥	人	每人　元		妊娠糖尿病篩檢	人	每人　元	
子宮內投藥系統(含藥避孕器)	人	每人　元		乙型鏈球菌篩檢	人	每人　元	
避孕器	人	每人　元		胎動測量NST	人	每人　元	
人工流產	人	每人　元		體質(基因)檢測	人	每人　元	
藥物流產手術	人	每人　元					
結紮	人	每人　元		其他自費項目(請自行揭露)			
人工受孕	人	每人　元			人	每人　元	
人工受精	人	每人　元			人	每人　元	
自願剖腹產	人	每人　元			人	每人　元	
婚前健康檢查	人	每人　元			人	每人　元	
孕前健康檢查	人	每人　元			人	每人　元	
其他自費健康檢查	人	每人　元			人	每人　元	
病房差價	人	每人　元			人	每人　元	

全（上、下半）年非健保收入合計 (一)+(二)　　元　調查時間：　年　月　日　時　分

◎實地訪查、駐查時，紅線框內由調查人員填寫。

帳載情形		前五大醫藥材料進貨商資料	名稱				
	□未設帳　□已設帳 (如委託記帳) 受託事務所名稱：　負責人： 電話：　統一編號：　記帳期間：		統一編號				
			金額				

稽徵機關審查意見		負責人意見	
	一、擬核算收入總額　　元。 二、□扣繳申報 □押租金 異常造冊列管。　□ 稅籍異動釐正。 三、本案於　年　月　日(週　)□日 □夜　間實地訪(駐)查。 (員工編號　　)		上述資料內容經確認無誤。　負責人簽名蓋章 年　月　日

承辦員　　股(課)長　　複核　　分局長 主任

F 990630(A)　(104)　6

F 990630(A)
尺寸11"X14"