正本

檔　號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會　函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：陳宏毅
電話：(02)2752-7286#153
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：brian@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會
發文日期：中華民國98年12月25日
發文字號：全醫聯字第0980006648號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如主旨

裝

主旨：中央健康保險局因應99年組織改制，公告修正「中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」、「中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單」、「中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表」及「中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之機關全銜為「行政院衛生署中央健康保險局」，如附件，並自99年1月1日起實施，請　查照。

訂

說明：依據中央健康保險局98年12月18日健保醫字第0980096889號公告之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會
副本：全民健康保險基層總額支付執行委員會、基層總額支付各分區委員會（均含附件）中華民國醫師公會全國聯合會校對章

線

理事長 李明濱

1. 上網公告
2. 存查
鄭華玲 99.1.4

99.1.4.收文5号

副本

收文編號 3925 收文 98.12.22 歸檔編號 1700

中央健康保險局　公告

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國98年12月18日
發文字號：健保醫字第0980096889號
附件：如主旨

主旨：因應本局99年組織改制，公告修正「中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單」、「中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單」、「中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表」及「中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之機關全銜為「行政院衛生署中央健康保險局」，如附件，並自99年1月1日起實施。

依據：全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三十三條規定。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計處、臺北市政府、高雄市政府、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞工保險局、行政院衛生署、行政院衛生署疾病管制局、行政院衛生署國民健康局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、本局各分局、本局各聯合門診中心、本局總經理室、本局黃副總經理室、本局主任秘書室、本局財務處、本局會計室、本局企劃處（請刊登全球資訊網）、本局資訊處、本局醫審暨藥材小組、本局承保處、本局稽核室、本局醫務管理處(均含附件) 中央健康保險局校對章(5)

總經理 鄭守夏

附表一之一

99.1.更新版
(網底為本次修正部分)

西醫	牙醫	中醫

書面格式

行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表

1 資料格式		2 特約醫事服務機構		3 費用年月	4 申報方式			5 申報類別			6 申報日期	收文日期
10	門診申報總表	(代號)	(名稱)	年 月 □全月 □上半月 □下半月	1 □書面	2 □媒體	3 □連線 □網路	1 □送核	2 □補報	3 □	年 月 日	年 月 日

類別		件數		申請金額(扣除部分負擔後淨額)	
西醫	一般案件	7		8	
	專案案件	9		10	
	洗腎	11		12	
	結核病	13		14	
	小計	15		16	
牙醫	一般案件	17		18	
	專案案件	19		20	
	小計	21		22	
中醫	一般案件	23		24	
	專案案件	25		26	
	小計	27		28	
預防保健		29		30	
慢性病連續處方箋調劑		31		32	
居家照護		33		34	
精神疾病社區復健		35		36	
總計		37		38	
本次連線申報起迄日期(非連線申報者免填)		39	連線申報起日期 年 月 日	40	連線申報迄日期 年 月 日

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

注意事項

一、使用本表免另行辦函，請填送一式二份。
二、書面申報醫療費用者，應檢附本表及醫療服務點數清單暨醫令清單。
三、媒體申報醫療費用者，僅需填本表及送媒體(磁片或磁帶)。
四、連線申報醫療費用者，僅需填寫本表。
五、(一)一般案件係指特約診所之日劑藥費申報案件（即案件分類：01、11、21）。
(二)西醫專案案件包括案件分類02.西醫急診03.西醫門診手術04.西醫慢性病(不含結核病)
09.西醫其他專案。
六、本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。

(網底爲本次修正部分)

書面格式 行政院衛生署中央健康保險局特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單

6 流水號	1 資料格式	2 特約醫事服務機構或調劑機構	3 費用年月	4 申報類別	5 案件分類
	11 門診費用明細	(代 號)	年 月	□ 送核 □ 補報 13 補報原因註記 □ 1 □ 2	

7	特定治療項目代號：__,__,__,__			8	姓名：	9	就醫科別：		
10	就醫日期： 年 月 日(至 年 月 日)			11	生日： 年 月 日	12	身分證號：		
24-1	健保卡就醫序號：	14	給付類別：	15	部分負擔代號：___	16	轉入之院所代號 N(左靠不足補空白)		
17	病患是否轉出：□ Y □ N	國際疾病分類號碼：		18	_____	19	_____	20	_____
21	主手術代號(一)：____				傷病名稱及主要症候：				
13-1	保留欄位： (98 年 12 月起參加「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」之照護對象填報 Y 註記)	23	處方調劑方式：□ 自行調劑 □ 交付調劑 □ 未開處方 □ 緊急傷病自行調劑 □ 藥品自行調劑,物理治療自行執行 □ 藥品自行調劑,物理治療交付執行 □ 藥品交付調劑,物理治療自行執行 □ 藥品交付調劑,物理治療交付執行 □ 未開處方調劑,物理治療自行執行 □ 未開處方調劑,物理治療交付執行						
22	給藥日份：								
24	次手術代碼(二)：____			35	慢性病連續處方箋有效期間總處方日份：___				

A8-0 各項藥品給藥日份：(填報方式請參考「門診醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」(98.9.1 更新版)之註 11，本欄位一次填報五筆醫令，若醫令資料超過五筆，第六~十筆醫令則重新複製本欄位格式填報。)

A8 醫令調劑方式	A9 醫令類別	A10 藥品代號或項目代號	診療項目或藥品、材料名稱規格	A11a 藥品用量 A11b 診療之部位	A11a 藥品使用頻率 A11b 診療之支付成數	A11a 給藥途徑 A11b 作用部位	A12 總量	A13 單價	A14 點數	審查欄
27 藥費小計(或中醫給藥申報點數)										
28 診療及材料點數小計										

項目代號		項目名稱	點數	審查欄
29		29-1 診察費		
30		30-1 藥事服務費		
34		34-1 代辦費		
31	合計點數			
32	部分負擔點數			
33	申請點數 (扣除部分負擔後淨額)			

25 診治醫師
代 號：

26 調劑藥師(藥劑生)
代 號：

診治醫師
簽 章：

調劑藥師(藥劑生)
簽 章：

[illegible]，[illegible]，如[illegible]，[illegible]內有效。

醫令明細請儘量填寫於本表，如有不敷書寫時，請用另一份書寫，基本資料得僅填與本表相同之流水號與姓名，並於左上角註明“續頁”。

請依醫令類別(用藥、診療、特殊材料)依序集中填寫。

各項費用算至整數為止，小數點以下四捨五入。

本表各欄位請按照媒體申報格式之填表說明填寫。

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月 日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申復					行政院衛生署中央健康保險局填列			
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
合計				人次							補付金額		

說明

(一) 本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送行政院衛生署中央健康保險局。
(二) 年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
(三) 核減費用經行政院衛生署健保局複核後，加填行政院衛生署中央健康保險局填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
(四) 清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
(五) 對本案核定如有異議請依照全民健康保險爭議審議辦法第四條規定，於收到核定通知之日起六十日內逕向全民健康保險爭議委員會申請審議。
(六) 原申請　　年　　月份費用行政院衛生署中央健康保險局通知表係於　　年　　月　　日寄達。
(七) 請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

行政院衛生署中央健康保險局

醫院

負責醫師

診所

醫院地址：

年　　月　　日

第一聯　醫療院所存查

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月　日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申復					行政院衛生署中央健康保險局填列			
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
合計				人次							補付金額		

（一）本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送行政院衛生署中央健康保險局。
（二）年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
（三）核減費用經行政院衛生署健保局複核後，加填行政院衛生署中央健康保險局填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
（四）清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
（五）對本案核定如有異議請依照全民健康保險爭議審議辦法第四條規定，於收到核定通知之日起六十日內逕向全民健康保險爭議委員會申請審議。
（六）原申請　　年　　月份費用行政院衛生署中央健康保險局通知表係於　　年　　月　　日寄達。
（七）請按審查科別分別填報。

說明

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

行政院衛生署中央健康保險局

醫院

負責醫師

診所

醫院地址：

年　　月　　日

核定	複核	初核	審查委員

第二聯　行政院衛生署中央健康保險局存

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付門診診療費用申復清單

代號字碼		醫療院所名稱		審查科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月 日

年度		月份		頁數	

原申請		保險對象		傷病名稱	申				復	行政院衛生署中央健康保險局填列			
案件分類	流水號	身份證字號	姓名		醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
合計				人次							補付金額		

說明

(一)本清單每份三聯，由醫療院所依式詳填，第一聯留存醫療院所備查，第二、三聯寄送行政院衛生署中央健康保險局。
(二)年度及月份請按保險對象診病年度及月份填列。
(三)核減費用經行政院衛生署健保局複核後，加填行政院衛生署中央健康保險局填列欄，將第三聯送回醫療院所，作為補發清單。
(四)清單上請加蓋醫療院所印信及負責人私章。
(五)對本案核定如有異議請依照全民健康保險爭議審議辦法第四條規定，於收到核定通知之日起六十日內逕向全民健康保險爭議委員會申請審議。
(六)原申請　年　月份費用行政院衛生署中央健康保險局通知表係於　年　月　日寄達。
(七)請按審查科別分別填報。

上表所列被保險人門診診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核為荷。

此　致

行政院衛生署中央健康保險局

醫院

負責醫師

診所

醫院地址：

年　月　日

上表所列各保險對象核減費用，案經本局核定補付共計

新台幣

即請　寄下收據俾便匯奉　此　致

備據來局領取本埠支票

醫院

行政院衛生署中央健康保險局　啟

診所

年　月　日

第三聯　代付款清單

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	□送核 □補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申復					行政院衛生署中央健康保險局填列			
	醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
小計	人	元				元			
總計	人	元				元			

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

行政院衛生署中央健康保險局

醫院負責醫師 印

年 月 日

第一聯 醫療院所存查

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單

98.12.更新版
(網底為本次修正部份)

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	☐ 送核 ☐ 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申				復	行政院衛生署 中央健康保險局填列			
	醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
小計	人	元				元			
總計	人	元				元			

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

行政院衛生署中央健康保險局

醫院負責醫師 印

年 月 日

核定	複核	初核	審查委員

第二聯

行政院衛生署中央健康保險局存查

行政院衛生署中央健康保險局醫療給付住院診療費用申復清單

姓名		身份證字號		案件分類		流水號	
就醫科別		原申報類別	□ 送核 □ 補報	原申報日期	年 月 日		

年度		月份		頁數	

傷病名稱	申				復	行政院衛生署 中央健康保險局填列			
	醫令序	內容	數量	金額	理由	審核意見	補付數量	單價	補付金額
小計	人			元					元
總計	人			元					元

第三聯 代付款清單

醫院代號		地址	
醫院名稱		電話	
填表日期	年 月 日	經辦人	印

上表所列保險對象住院診療費用，前經貴局核減在案，茲檢附申復清單一份即請惠予複核。

行政院衛生署中央健康保險局

醫院負責醫師 印

年 月 日