

副本

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：甘莉莉  
電話：(02)2752-7286#123  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：kan@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年8月19日

發文字號：全醫聯字第0990001791號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：貴會建議向行政院衛生署中央健康保險局反映掛號費屬行政費用，不應強制登載案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴會99年7月28日中縣醫（99）總字第104號函。
- 二、貴會反映行政院衛生署中央健康保險局函該局各分區業務組辦理特約醫療院所掛號費登錄於該局網頁，惟中區業務組透過辦理續約作業時蒐集掛號費後代為登錄或以電話通知強制登載乙節，經查屬中區業務組之個別行為，宜請 貴會與該業務組協調溝通，掛號費張貼於診所，亦屬資訊公開方式。
- 三、檢附行政院衛生署中央健康保險局99年7月15日健保南字第0995060945號函（如附件）供參。

正本：台中縣醫師公會

副本：各縣市醫師公會（含附件）

中華民國醫師公會  
全國聯合會 校對章

理事長 李明濱

檔 號：

保存年限：

## 行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：(南區業務組)台南市公園路96號

傳真：06-2244370

聯絡人及電話：06-2245678#1615.1616.1519.1520.15

電子信箱：E110373@mail.nhish.gov.tw

發文日期：中華民國99年7月15日  
發文字號：健保南字第0995060945號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨

主旨：為使民眾對 貴院所收費項目一目了然，並增進醫病雙方信任關係，降低相關糾紛，惠請公告收取自費項目，並於99年7月19日前提報辦理情形，請 查照。

說明：

- 一、依據本局99年5月24日健保醫字第0990072623號函及99年7月14日健保醫字第0990032187號函辦理。
- 二、依據全民健康保險醫療辦法第20條規定，保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第35條應自行負擔之住院費用，第39條或第41條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。另依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第11條規定，保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，應開給保險醫療費用項目明細表及其自行負擔費用之收據，並於醫療費用收據上列印保險對象當次就醫之保險憑證就醫序號。
- 三、為保障民眾就醫權益，減少醫病糾紛，無論屬本保險醫療給付相關規定之項目及不屬本保險醫療給付之項目，應符合資訊公開、事先告知及開立正式收費單據等三項原則，爰建請 貴醫療院所應詳列自費項目，製成明細供民眾參考，並於診間(收費櫃台)或網站公布
- 四、請 貴院所於99年7月19日前填具「醫療院所公告收取自

費項目情形回覆表」並郵寄或傳真回復。

正本：中、西、牙醫特約院所

副本：全民健保中醫門診總額支付制度保險委員會、全民健保牙醫門診總額南區執行委員會、全民健康保險基層總額支付南區委員會、五縣市中、西、牙醫師公會及衛生局

局長鄭守夏

本案依分層負責規定授權組室主管執行



### 醫療院所公告收取自費項目情形回覆表

醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

★收取自費項目：

一、  無

二、  有，

1. 於診間或收費櫃檯公告

2. 於網站公告

3. 其他公告方式 \_\_\_\_\_

(以上辦理情形皆需以傳真或郵寄回覆，並註明醫療院所名稱)

傳真號碼：06-2244370；聯絡電話：06-2245678#1615

負責醫師簽章：\_\_\_\_\_

回覆日期：\_\_\_\_\_