

醫事服務機構申請特約文件確認單

醫事服務機構名稱：_____ 醫事服務機構代號：_____

貴機構填送申請特約資料收悉（如下勾選），依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第7條，醫事服務機構未涉第38至40條或47條各款違規情事且申請特約日期距離其開業執照核發日起未超過15個工作天者，特約生效日得追溯自開業執照核發日。未符合上開之規定者，則自本署核准日起始得辦理本保險醫療業務。

本申請資料已備妥下列文件：

- ☐一、特約機構申請書、基本資料表、機構開業執照(開業日：____年____月____日)
- ☐二、所有醫事人員身分證、執業執照正反面影本及專科醫師證書影本；管理人員畢業證書、受訓證明、社工人員/臨床心理人員畢業證書影本(社區精神復健檢送)
- ☐三、調劑作業☐交付調劑☐診所藥事人員調劑（至少1位需具2年以上調劑經歷）
- ☐四、醫療費用劃撥轉帳資料卡暨聯名戶開戶存摺封面影本、印鑑卡
- ☐五、國稅局統一編號編配通知書影本、建設局營利事業登記證影本(藥局無統編通知書時)
- ☐六、概括同意書☐負責醫事人員前曾為本特約醫事服務機構負責醫事人員
☐同機構地址變更負責人
- ☐七、☐成立投保單位證明 ☐醫療費用電子化作業同意申請表
☐委託轉帳代繳全民健康保險費約定書 ☐醫療費用申報總表線上確認作業申請表
- ☐八、即時查詢病患就醫資訊方案申請表
- ☐九、醫事服務機構性質為「合夥」者，檢附經法院或民間之公證人公證之合夥文件影本（應註明與正本相符）
- ☐十、自費項目價目表(健保法第51條所列不給付範圍)；醫療費用收據；藥袋格式
- ☐十一、醫事機構正面三間照片
- ☐十二、委託代檢(附合約書影本)、西醫診所接受委託代檢請檢附合約書
- ☐十三、辦理如復健、調劑、檢驗等業務空間平面圖（請註明長度、寬度及總面積平方公尺數）
- ☐十四、特殊業務☐復健☐透析☐分娩/婦科手術
- ☐十五、☐游離輻射設備證照☐放射性物質證照☐（特殊）設備(附發票影本或租賃證明)
- ☐十六、機構設有病床者需檢附床號資料表
- ☐十七、醫事服務機構執業(看診)時段調查表
- ☐十八、牙醫院所感染管制SOP作業考評表(診療科別有牙科者需填送)
- ☐十九、配合醫療作業之資訊廠商_____
- ☐二十、處方來源：_____
- ☐二十一、居家照護專業人員24小時電話諮詢專線：_____
- ☐二十二、甲乙類安寧後援醫院：_____
- ☐二十三、其他：_____

負責醫事人員：_____ 聯絡電話：() _____ 手機：_____

送件人：_____ 聯絡電話：() _____ 手機：_____

院所電子信箱帳號：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

負責醫(藥)師(醫事人員)身分證

正面

執業醫(藥)師(醫事人員)身分證

正面

反面

反面

負責醫(藥)師(醫事人員)執業執照

正面

執業醫(藥)師(醫事人員)執業執照

正面

反面

反面

全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱 _____

醫事機構代號

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

所得單位扣繳統一編號

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

往來銀行	總機構名稱															代號					
	分支機構名稱																				
	存款種類																				
	戶名																				
	帳號																			靠右填寫左邊補零 (請勿填寫「-」)	
往來郵局	戶名																				
	郵政劃撥儲金帳號																				
委託金融機構名稱：																					
004 台灣銀行 005 台灣土地銀行 006 合作金庫銀行 007 第一商業銀行 008 華南商業銀行 009 彰化商業銀行 012 臺北富邦銀行 016 高雄銀行 017 兆豐國際商業銀行 050 台灣中小企業銀行 700 郵政儲金匯業局 808 玉山商業銀行 812 台新國際商業銀行 816 安泰商業銀行 822 中國信託商業銀行																					

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫事人員姓名，在上開金融機構設立

存款帳戶或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，無法受理。

醫事機構代號：	負責醫事人員姓名：_____
醫事機構名稱：	
請蓋合約章（特約醫事機構）	請蓋合約章（負責醫事人員章）

核定生效日期：_____

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號										
醫事服務機構名稱										
負責人姓名										
印鑑建立/變更日期		年 月 日								
合約書編號		No. <u> </u>								
請 蓋 合 約 書 印 鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)								

同意書（私立醫療機構適用）

機構名稱：_____（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

一、機構名稱：_____（代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金及利息），由本醫院（診所、藥局）承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本醫事服務機構之醫療費用中扣抵。

二、機構名稱：_____（代號：_____）負責人_____與本醫事服務機構負連帶清償責任。

三、以上表述各節列為本醫事服務機構與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「_____（機構名稱）

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責人姓名：_____簽章

「由負責人親自當面簽名蓋章」

身份證字號：

戶籍地址：

電話：

」

（醫事服務機構印鑑章）

中華民國

年

月

日

註：本同意書一式二份

同意書（私立醫療機構適用）

機構名稱：_____（代號：_____）負責人_____同意下列事項：

一、機構名稱：_____（代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金及利息），由本醫院（診所、藥局）承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本醫事服務機構之醫療費用中扣抵。

二、機構名稱：_____（代號：_____）負責人_____與本醫事服務機構負連帶清償責任。

三、以上表述各節列為本醫事服務機構與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「_____（機構名稱）

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責人姓名：_____簽章

「由負責人親自當面簽名蓋章」

身份證字號：

戶籍地址：

電話：

」

（醫事服務機構印鑑章）

中華民國

年

月

日

註：本同意書一式二份

轉帳繳納好處多



旅遊、遷址不擔心

不需上街頭

不怕漏繳健保費



以轉帳代繳健保費者，將於申請後 45 至 60 個工作天生效，生效後當月份保費固定於次月 15 日(如遇假日則順延至下 1 個工作天)才扣繳，例如：109 年 5 月份保費於 109 年 7 月 15 日扣繳、109 年 6 月份保費於 109 年 8 月 17 日扣繳(8 月 15 日為週六)，以此類推。如存款不足，將依轉帳結果另寄繳款單，惟因已逾寬限期，繳納保費後依法將加徵滯納金，所以請您多留意轉帳帳戶內的存款餘額是否足夠扣繳。**(背面有委託轉帳代繳保險費約定書，請填寫後直接至金融機構辦理或寄回本署高屏業務組(801 高雄市前金區中正四路 259 號))**

如有疑問，請電洽高屏業務組

免費諮詢服務電話 0800-030-598 或

電話服務中心 (07) 2315151

健保署全球資訊網 <http://www.nhi.gov.tw>



衛生福利部中央健康保險署高屏業務組 關心您

新
增
註
銷

委託轉帳代繳全民健康保險費約定書

(投保單位專用)

立約定書人茲向貴行（局、庫、社、會）申請（☐新增☐註銷）委託轉帳代繳全民健康保險費，請依照本約定書所載約定事項之規定，逕自下列指定轉帳代繳帳戶（☐辦理☐終止）轉帳代繳下表所列繳款代號之保險費。

此致

郵局

(立帳局號□□□□□—□)

存簿儲金帳號□□□□□□—□

或劃撥儲金帳號□□□□□□□□

_____銀行（局、庫、社、會）
_____分行（分局、支庫、分社）
帳號□□□□□□□□□□□□□□：

立約定書人(帳戶本人)姓名或單位名稱 _____ 簽名及簽章(請蓋存款戶印鑑) _____

聯絡電話：(公) _____ (宅) _____

投保單位名稱	投 保 單 位 代 號	營利事業統一編號 (由雇主成立投保單位之外傭雇主，免填)

約定事項

中華民國 年 月 日

- 一、立約定書人(以下簡稱立約人)填具本約定書,委託貴行(局、庫、社、會)自指定之存款帳戶(以下簡稱轉帳代繳帳戶)轉帳代繳全民健康保險保險費(以下簡稱保險費)。如因約定書內容填寫不全、錯誤或其他原因、致貴行(局、庫、社、會)無法辦理轉帳,則本約定書不生效力。(被保險人姓名或投保單位名稱及投保單位代號可參閱最近月份保險單催繳單)
- 二、立約人申請轉帳代繳保險費,同意自貴行(局、庫、社、會)接受委託,並洽妥衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)分區業務組完成建檔之月份(以申請之次月為原則)起開始轉帳。在未建檔前各月份之保險費,仍由保險費繳款人(以下簡稱繳款人)自行繳納。
- 三、貴行(局、庫、社、會)代繳義務,以立約人轉帳代繳帳戶餘額足敷委託代繳之保險費為限。貴行(局、庫、社、會)應於每月十五日轉帳(如遇假日為其次一營業日),倘存款不足,則由繳款人自行持保險費繳款單至指定之金融機構繳納。如繳款人因此而須負擔滯納金,概由立約人負責。
- 四、立約人委託代繳保險費,如轉帳代繳帳戶因遭法院強制執行或其他事故致無法代繳時,貴行(局、庫、社、會)得終止代繳之約定,其因此而致繳款人須負擔滯納金,概由立約人負責。
- 五、立約人擬在貴行(局、庫、社、會)另行指定轉帳代繳帳戶時,應註銷原委託約定及重新填具約定書;並同意自貴行(局、庫、社、會)受理變更,及洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份(以申請之次月為原則)起,由新帳戶代繳保險費。
- 六、立約人委託代繳保險費,在未終止委託前,不得藉故拒絕繳納保險費,否則因此而致繳款人須負擔滯納金時,概由立約人負責。
- 七、立約人委託代繳保險費,在未終止委託前,自行結清轉帳代繳帳戶時,視同自動解除代繳之約定,其因此而致繳款人須負擔滯納金時,概由立約人負責。
- 八、貴行(局、庫、社、會)或立約人皆得隨時以書面通知對方終止代繳契約。立約人終止代繳時應填具「註銷委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」,並自貴行(局、庫、社、會)接受註銷委託,並洽妥健保署分區業務組完成更檔之月份(以申請之次月為原則)起,終止以該帳號轉帳代繳保險費。其因註銷委託而致繳款人須負擔滯納金時,概由立約人負責。
- 九、立約人指定之轉帳代繳帳戶為支票存款帳戶者,倘因扣繳保險費而致存款不足,發生退票情事,由立約人自行負責。

因應政府無紙化及電子化政策之推動，本署多憑證網路系統可申辦承保異動、電子繳款單及繳納證明暨下載列印服務，敬請支持與配合。

醫療費用電子化作業同意申請表

_____ (院所代號：_____) 同意自 _____

年 _____ 月 (費用年月) 起依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條(詳註)規定辦理。

申請醫事類別：☐門診西醫基層 ☐門診洗腎 ☐住診西醫基層
☐交付機構 ☐其它

連絡人姓名：_____ 電話：_____

E-MAIL：_____

此致

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

醫事服務機構地址：_____

代表人(公立醫事服務機構適用)/負責醫事人員

姓名：_____ (簽章)

中 華 民 國 年 月 日

醫事服務機構

用 印

註：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33-1 條：

保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

◎請將本申請表郵寄至：807 高雄市前金區中正四路 259 號 醫療費用科
電話：(07)231-5151 #費用經辦人

醫療費用申報總表線上確認作業申請書

本機構_____（院所代號：_____）

醫事類別：

- ☐11. 門診西醫診所 ☐12. 門診西醫醫院 ☐13. 門診牙醫 ☐14. 門診中醫
☐15. 門診洗腎 ☐19. 門診其他醫事機構 ☐21. 住診西醫診所
☐22. 住診西醫醫院 ☐29. 住診其他醫事機構 ☐30. 藥局
☐30. 物理治療所 ☐40. 物理治療所 ☐50. 特約檢驗所

申請自_____年_____月_____日起參加「醫療費用申報總表線上確認作業」。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事機構地址：

聯絡人姓名：

聯絡人電話：

聯絡人電子郵件：

醫事服務機構

用 印

醫事機構負責人

用 印

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案固接網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

安裝地址：_____

二、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院

☐基層診所 ☐交付機構（藥局、醫事檢驗機構）

三、參加本方案申裝之網路頻寬 一般型 6M/2M、月租費 1,691 元。

四、參加起始日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日。

五、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：☐是 ☐否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：

(一) 原特約醫事服務機構名稱_____。

(二) 原特約醫事服務機構代號_____。

(三) 承接日期_____年_____月_____日。（註：承接日期應於參與起始日期當月或以後）

(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、聯絡人姓名：_____ 電話：_____ 傳真：_____

E-MAIL：_____

七、特約醫事服務機構及負責人印章(合約大小章)：

個人資料收集處理及利用同意書

☐本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。
特約醫事服務機構及負責人印章：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(請注意下列事項：

- 1.承接固接網路之醫事服務機構，需向本署申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
- 2.醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
- 3.醫事服務機構未於各季結算時點前申報醫療費用資料，不予支付方案費用。
- 4.線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

高屏業務組聯絡電話：07-231-5151 轉 2413 陳小姐
寄回：801 高雄市前金區中正四路 259 號 醫務管理科收

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限（單位：新台幣元）

特約層級別	網路頻寬	頻寬月租費	支付上限	自付差額
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561	54,561	0
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201	45,201	0
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857	25,857	0
診所及交付機構	企業型 FTTB 2M	6,591	1,691	4,900
	企業型 FTTB 1M	5,031	1,691	3,340
	專業型 FTTB 2M	3,760	1,691	2,069
	專業型 FTTB 1M	1,980	1,691	289
	一般型 FTTB 6M/2M	1,691	上傳資料沒有加密	

註：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，108年網路月租費支付上限為專業型光纖1M 月租費1,980元。

中華電信自108年4月1日起，一般型光纖6M/2M 月租費調降為1,691元

營運處	專案經理	行動電話	聯絡電話	傳真	e-mail
高雄營運處 第一企業客戶科 (原高雄市及大社)	邱品瑄	0939-105582	(07) 550-7165	(07)550-7210	juliachiu@cht.com.tw
高雄營運處 第二企業客戶科 (原高雄縣)	林偉詠	0975-683867	(07) 344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
屏東	林仁謙	0974-102605	(08) 756-0259	(08)744-0308	a0974102605@cht.com.tw
澎湖	莊執弘	0972-536836	(06) 944-0575	(06)927-6044	austin0430@cht.com.tw

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：代號：

地址：_____

二、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院
☐基層診所 ☐其他（_____）

三、參加本方案申裝之行動網路類型 ☐4G、月租費 175 元。

四、參加起始日期：_____年_____月。

五、因應何類業務需申請行動網路：

- ☐居家醫療照護服務
☐西醫醫療資源不足地區改善方案
☐中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
☐牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
☐山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
☐其他(請敘明業務需求_____)

六、申請數量：☐1 組 ☐2 組(如申請 2 組，請敘明原因及檢附相關佐證資料：

七、是否承接其他醫事服務機構之行動網路：☐是 ☐否，如承接者，請填寫下列資料：

- (一) 原特約醫事服務機構名稱_____。
(二) 原特約醫事服務機構代號_____。
(三) 承接日期_____年_____月_____日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

八、聯絡人姓名：電話：傳真：

E-MAIL：

九、特約醫事服務機構及負責人印章：

個人資料收集處理及利用同意書

☐本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次行動網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫行動網路線路安裝事宜。

特約醫事服務機構及負責人印章：

中華民國_____年_____月_____日

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

高屏業務組聯絡電話：07-231-5151 轉 2413 陳小姐

寄回：801 高雄市前金區中正四路 259 號 醫務管理科收

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣1GB。超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023元。

行動網路支付上限：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額**核實支付**。
2. 支付方式及支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限
3. 行動網點：如無限基地台，需購買行動訊號機2,990元

營運處	專案經理	行動電話	聯絡電話	傳真	e-mail
高雄營運處 第一企業客戶科 (原高雄市及大社)	邱品瑄	0939-105582	(07) 550-7165	(07)550-7210	juliachiu@cht.com.tw
高雄營運處 第二企業客戶科 (原高雄縣)	林偉詠	0975-683867	(07) 344-7310	(07)344-7309	morley@cht.com.tw
屏東	林仁謙	0974-102605	(08)756-0259	(08)744-0308	a0974102605@cht.com.tw
澎湖	莊執弘	0972-536836	(06) 944-0575	(06)927-6044	austin0430@cht.com.tw

自費項目價目表(健保不給付)

機構代號：_____ 機構名稱：_____

品項名稱	規格/數量	廠牌	收費金額	備註

製表日期：____年__月__日

貴院(所)自費項目明細公告處：1. ☐ 診間
2. ☐ 上網，網址：_____
3. ☐ 以上皆有

聯絡人及電話：_____

醫療院所及藥局藥袋(藥品明細)標示規範

診所（藥局）名稱	
診所（藥局）代號	
填報人（院所或藥局負責人）：	
填報日期(YYY/MM/DD)	
藥局/藥師項目	有/未聘設（有請填 1、無請填 0）
有無自設藥局	
有無自聘藥師	
診所釋出處方(填"有"者以下免填)	
藥袋標示項目	有/未標示(有標示請填 1、未標示請填 0)
1. 病人姓名	
2. 性別	
3. 年齡	
4. 藥品名稱(單方藥品:成分名+商品名) (複方藥品：商品名)	
5. 藥廠(廠商)名	
6. 數量	
7. 天數	
8. 劑量	
9. 服用方法	
10. 醫療院所名稱及代號	
11. 調劑地點（藥局）	
12. 調劑者姓名	
13. 調劑年月日	
14. 處方醫師姓名	
15. 藥品保存方式	
16. 調劑後有效期限	
17. 適應症	
18. 副作用	
19. 警語	

衛生福利部中央健康保險署**高屏**業務組
特約醫事服務機構執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

門診掛號費：

急診掛號費：

◆固定執業時段：(請勾選)

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

- ◆為利民眾於健保署網站及健保快易通APP查詢特約醫事服務機構執業(看診)時段，具有「醫務行政」服務項目使用權限之機構使用者，可至健保資訊網服務系統(VPN)首頁>服務項目>醫務行政>「**看診資料及掛號費維護**」進行資料維護
- ◆未來若院所有休診或變更固定看診時段需求，亦須至看診資料及掛號費維護異動情形。
- ◆另，連續四天以上長假期前，須至相同位址之該頁面最底端進行長假期看診時段維護，俾利民眾於長假時段就醫及用藥權益。
- ◆每年請至VPN維護固定看診時段及掛號費。

牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
-----------	-----------

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

A. 硬體設備方面：

項目	評分標準	自評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。		
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。		
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。		
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。		
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。		
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)；消毒劑定期更換，並有紀錄。		
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。		
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔		
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。		
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。		

B. 軟體方面：

項目	評分標準	自評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。		
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及 TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。		
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。		
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時佩戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。		
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。		
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。		
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水 2 分鐘，痰盂水槽流水 3 分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02%漂白水(NaOCl)或 2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)或合格管路消毒沖洗管路 3 分鐘。		
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕…等)，以覆蓋物覆蓋之。		
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。		
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。		
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。		
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。		
5. 完善廢棄物處置	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。		
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。		
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。		

項目	評分標準	自評	備註
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。		
	B. 符合 C，診所定期全員宣導。		
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。		
7. 器械浸泡消毒	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。		
	B. 符合 C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。		
	A. 符合 B，記錄器械浸泡時間。		
8. 重要醫療物品器械滅菌	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。		
	B. 符合 C，化學指示劑監測，並完整紀錄。		
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。		
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。		
	B. 符合 C，器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)。		
	A. 符合 B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。		
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。		
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。		
	A. 符合 B，院所內 70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查。		
11. 安全注射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如:沒打完之麻藥管不可供他人使用)。		
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。		
	A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。		
12. 一人一機	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。		
	B. 符合 C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。		
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。		

備註：

※全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第26條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。

※全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第29條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

※自評合格院所於次月開始申報感管門診診察費。

診所合約大小章：