

「檢驗(查)結果」或「醫療檢查影像及影像報告」即時上傳作業異常狀況報備單

(醫院層級)

1110720 版

〔因異常狀況致無法即時上傳「檢驗(查)結果」或「醫療檢查影像及影像報告」等問題時，請先自行排除或洽本署資訊服務專線協助：(07)231-8122#9，仍無法排除時，再請洽本署窗口人員確認確屬異常，異常狀況排除後7日內檢具本報備單及相關證明文件送本署臺北業務組醫療費用一科核備〕

醫事服務機構名稱		醫事服務機構及負責醫事人員合約章 (需與合約印信印鑑相同)
醫事服務機構代碼		
聯絡人員		
聯絡電話	()	
E-mail		
報備日期	年 月 日	
異常狀況說明 (檢附證明文件)	<input type="checkbox"/> 1. 醫療資訊系統(HIS)、讀卡機或電腦相關設備故障(附廠商維修證明)。 <input type="checkbox"/> 2. 安全模組故障造成讀卡機無法使用(附安全模組卡申請書)。 <input type="checkbox"/> 3. 網路線路故障或無法連線使用(中華電信線路檢測/報修專線(02)2344-3118)(附中華電信維修證明)。 <input type="checkbox"/> 4. 共通傳輸平台異常(請洽本署資訊服務專線協助：(07)2318122#9)。 <input type="checkbox"/> 5. 健保資訊網服務系統(VPN)故障(請說明時段，嗣後由本署進行確認)。 <input type="checkbox"/> 6. 停電(附台電公司停電通知)。 <input type="checkbox"/> 7. 其他(請說明並附證明)：_____。 (以上如須詳述者，請填寫於第3頁之附件「異常狀況說明表」)	
異常日期起迄：	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
何時補上傳：	_____年_____月_____日	

第一聯：院所存根聯(本表格一式二聯)

※填送本報備單及相關證明文件，正本親送或郵寄，免備公文：

1. 地址：台北市中正區公園路15-1號8樓(費用一科黃先生收) 電話：(02)2348-6468
2. 電子檔 e-mail 至聯絡窗口信箱：bl11223@nhi.gov.tw。

即時上傳作業異常狀況核定表

(以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位請勿填寫)

以上貴醫事服務機構報備事項，經本業務組審核結果如下：

◎受理編號：_____

同意登錄備查。

不同意，理由：_____

健保署核定章
核定日期

「檢驗(查)結果」或「醫療檢查影像及影像報告」即時上傳作業異常狀況報備單

(醫院層級)

1110720 版

〔因異常狀況致無法即時上傳「檢驗(查)結果」或「醫療檢查影像及影像報告」等問題時，請先自行排除或洽本署資訊服務專線協助：(07)231-8122#9，仍無法排除時，再請洽本署窗口人員確認確屬異常，異常狀況排除後7日內檢具本報備單及相關證明文件送本署臺北業務組醫療費用一科核備〕

醫事服務機構名稱		醫事服務機構及負責醫事人員合約章 (需與合約印信印鑑相同)
醫事服務機構代碼		
聯絡人員		
聯絡電話	()	
E-mail		
報備日期	年 月 日	
異常狀況說明 (檢附證明文件)	<input type="checkbox"/> 1. 醫療資訊系統(HIS)、讀卡機或電腦相關設備故障(附廠商維修證明)。 <input type="checkbox"/> 2. 安全模組故障造成讀卡機無法使用(附安全模組卡申請書)。 <input type="checkbox"/> 3. 網路線路故障或無法連線使用(中華電信線路檢測/報修專線(02)2344-3118)(附中華電信維修證明)。 <input type="checkbox"/> 4. 共通傳輸平台異常(請洽本署資訊服務專線協助：(07)2318122#9)。 <input type="checkbox"/> 5. 健保資訊網服務系統(VPN)故障(請說明時段，嗣後由本署進行確認)。 <input type="checkbox"/> 6. 停電(附台電公司停電通知)。 <input type="checkbox"/> 7. 其他(請說明並附證明)：_____。 (以上如須詳述者，請填寫於第3頁之附件「異常狀況說明表」)	
異常日期起迄：	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
何時補上傳：	_____年_____月_____日	

第二聯：健保署存根聯(本表格一式二聯)

※填送本報備單及相關證明文件，正本親送或郵寄，免備公文：

1. 地址：台北市中正區公園路15-1號8樓(費用一科黃先生收) 電話：(02)2348-6468
2. 電子檔 e-mail 至聯絡窗口信箱：bl11223@nhi.gov.tw。

即時上傳作業異常狀況審核表 (以下為衛生福利部中央健康保險署核定欄位請勿填寫)

◎受理編號：_____

同意登錄備查。

不同意，茲因_____

經 辦	覆 核	決 行

電腦維護：_____

異常狀況說明表

備註：本說明表請併同報備單及相關證明文件，正本親送或郵寄至「中央健康保險署臺北業務組醫療費用一科黃先生收」：

1. 地址：台北市中正區公園路 15-1 號 8 樓。
2. 電子檔 e-mail 至聯絡窗口信箱：b111223@nhi.gov.tw。