

衛生福利部中央健康保險署

健保卡、醫事人員卡及安全模組測試卡申請作業規範

修訂：106 年 3 月

壹、前言

健保卡於 93 年 1 月 1 日全面上線，為確保民眾持卡至醫事服務機構接受醫療服務之品質及效率，醫療院所端各項醫療資訊作業、讀卡設備、相關應用系統、網路通訊，乃至於作業流程均有可能需不斷進行修正及調整。為降低調整過程所衍生的風險，因此大多先使用健保卡、醫事人員卡及安全模組測試卡在測試環境運作且確認無誤後，再逐步轉移至實務作業環境。

衛生福利部中央健康保險署（以下稱本署）為便利各不同性質機關（構）及單位申請測試卡進行各項測試，故制定本作業規範，俾利外界參考及遵循。

貳、測試卡功能說明

測試卡一般讀寫功能和正式卡完全相同，其主要差異在於：

- 一、健保卡測試卡及醫事人員測試卡之個人基本資料段均為虛擬資料；安全模組測試卡之院所代號均為虛擬資料。
- 二、測試卡的認證金鑰和正式卡不同，故測試卡只能於測試環境認證使用。
- 三、測試卡應以下列用途為限：讀卡機功能檢測、健保卡相關之醫療資訊系統、其他醫療健保資訊系統的研發應用。
- 四、本署核發醫事人員測試卡與衛生福利部醫療憑證管理中心之 HCA 測試醫事憑證 IC 卡不同，本署所核發醫事人員測試卡僅具有與健保卡及安全模組卡交互認證功能，不具備 HCA 醫事憑證測試功能。

參、開放申請對象單位

- 一、健保讀卡設備廠商。
- 二、醫療資訊應用系統開發廠商。
- 三、編制資訊人力之中大型醫事服務機構。
- 四、需使用測試卡進行其他醫療、健保資訊應用研發之其他醫事服務機構或企業行號。

肆、申請類別

- 一、一般申請：從未申請測試卡；過去申請之測試卡已全部歸還或掛失。
- 二、更換測試卡：測試卡鎖卡或無法使用；更換特定種類卡片。
- 三、申請資料異動：原申請資料內容異動。

伍、申請方式

- 一、請先詳閱本規範（為確保內容時效性，建議至本署網站下載最新版本）。
- 二、備妥申請資料：
 - （一）申請表（如附件一，請詳實填寫**申請種類**及各欄位，且須蓋單位關防或大小章）。
 - （二）回郵信封（請預先貼好 40 元掛號郵資及註明收件資料），辦理申請資料異動時免附。

(三)辦理換卡時，須一併檢附原始卡。

以上以掛號方式寄至本署窗口（見柒、本署聯絡方式）。信封外請加註「申請健保測試卡」，以加快處理時效。

三、本署受理流程：

(一)本署審核參考原則：

<一般申請>

1. 之前申請紀錄（是否有卡片尚未歸還又再提出申請）。
2. 資料附件是否齊全，例如：申請表各欄位是否有填寫不實不清或未填寫（未蓋關防或大小章）、有無檢附回郵信封。
3. 其他（如：過去使用測試卡紀錄是否良好，是否經常發生鎖卡或遺失）。

<申請資料異動、更換測試卡>

1. 資料附件是否齊全，例如：申請表各欄位是否有填寫不實不清或未填寫（未蓋關防或大小章）、有無檢附回郵信封、申請換卡時有無檢附原始卡。
2. 申請更換之特定卡別有無庫存。

(二)審核完成：

1. 審核同意：

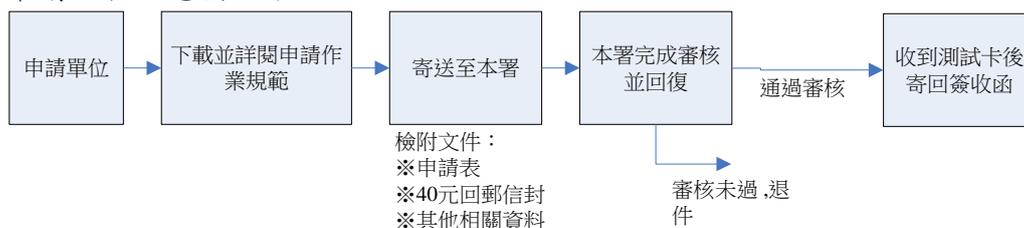
- (1) 一般申請及更換卡片案件：將儘速寄出測試卡，並以 email 方式傳送測試卡使用須知（樣張如附件二）。
- (2) 申請資料異動案件：以 email 方式通知予以備查。

2. 審核不同意：將先以電話或 email 告知，並將審核結果另行寄回。如仍有需求，請重新提出申請。

四、有關一般申請及更換卡片案件，申請單位收到測試卡並核對無誤後，請儘速列印使用須知簽收，並以傳真或郵寄方式寄回本署。若本署寄出測試卡 2 週後仍未收到簽收回函，將先暫停測試卡之權限，收到回函後再重新開啟權限。

五、申請及核發作業一律以郵寄方式辦理，不接受至本署現場臨櫃申辦或領卡之要求；提出申請前亦請再次確認資料完整及正確性，本署不受理以電話、email 方式提出補正申請表內容之要求。

申請流程示意圖如下：



陸、其他配合事項

- 一、由於測試卡數量有限，每一申請單位（同一公司之總、分支機構為同一單位）僅可申請1套測試卡，每1套包含健保卡測試卡1張、醫事人員測試卡1張及安全模組測試卡1張。前次所申請之測試卡未全數完整歸還前，本署不受理再次申請之要求（測試卡遺失無法歸還，須先向本署掛失，並間隔至少3個月後才能重新申請）。
- 二、為便利申請單位長期測試，測試卡並無使用期限，但本署未來如因政策需要，通知必須繳回測試卡時，務請配合歸還，無故拒不歸還者，本署將逕關閉該測試卡之權限，並可能不再受理該單位後續提出測試卡申請。
- 三、申請單位若因特殊需求須申請測試卡數量超出項一之規定，請以公文來函說明，經本署同意後，另行以短期（以6個月內為限）方式借用，借期屆滿後須立即歸還。
- 四、申請更換特定類別卡片，但本署已無該類卡片庫存時，恕無法配合更換。
- 五、為維申請單位權益，原申請表所列資料，如：聯絡人、電話、email...等異動時，請主動辦理申請資料異動。
- 六、其他測試卡使用注意事項，請參考附件二、健保卡測試卡、醫事人員測試卡及安全模組測試卡使用須知。
- 七、本規範公告前各單位已持有之測試卡仍可繼續使用，列入已申請並發卡之紀錄。
- 八、本署保留隨時修改本作業規範之權利，請隨時注意本署網站公告。

柒、本署聯絡方式

- 窗口： 健保資訊技術諮詢服務小組
Email： ic_service@nhi.gov.tw
聯絡電話： 07-2318122
傳真號碼： 07-2318278
聯絡地址： 80147 高雄市前金區中正四路259號8樓

附件一

健保卡測試卡、醫事人員測試卡及安全模組測試卡申請表

申請類別：一般申請 更換測試卡 申請資料異動

單位名稱	(請註明正式名稱全名，勿使用簡稱)		
單位主要業務分類	<input type="checkbox"/> 1.讀卡設備廠商 <input type="checkbox"/> 2.醫療資訊系統廠商 <input type="checkbox"/> 3.醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 4.其他：(請說明)		
單位統一編號	(醫事機構請填寫醫事機構代碼)		
通訊地址			
傳真		單位網址	
聯絡人		職稱	
聯絡電話		e-mail	
申請種類 (一般申請及更換卡片時填寫)	<input type="checkbox"/> 1.健保卡測試卡 <input type="checkbox"/> 2.醫事人員測試卡 <input type="checkbox"/> 3.安全模組測試卡，共計__張 <input type="checkbox"/> 健保卡無特定需求 <input type="checkbox"/> 健保卡需 <input type="checkbox"/> 男性/ <input type="checkbox"/> 女性卡或年齡範圍(__歲)卡，無該類卡片可提供時，同意以一般卡片提供		
申請用途 (辦理一般申請時填寫)	<input type="checkbox"/> 醫事服務機構自行開發院內醫療資訊系統，機構自有資訊人員數_____ <input type="checkbox"/> 醫療資訊系統廠商開發或測試產品，產品名稱_____ (請至少舉一項) <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____		
換卡原因(辦理更換卡片時填寫)	<input type="checkbox"/> 1.安全模組卡疑似鎖卡 <input type="checkbox"/> 2.卡片疑似故障損毀而無法使用 <input type="checkbox"/> 3.其他：(請說明)，更換特定類別卡片請在上方申請種類欄勾選 欲更換之原卡號：(請填寫)		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 40元回郵信封(辦理申請資料異動時免附) <input type="checkbox"/> 其他(請說明_____)		
審核結果(健保署填寫)	<input type="checkbox"/> 1.同意 <input type="checkbox"/> 1.不同意(說明：_____)		

以上各欄位已詳實填寫，無與事實不符之處。

已詳讀本「健保卡、醫事人員卡及安全模組測試卡申請作業規範」，並願恪遵相關規定。

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請單位蓋章(關防或公司大小章)：



申請日期： 年 月 日

附件二

健保卡測試卡、醫事人員測試卡及安全模組測試卡使用須知 (樣張)

本署已審核通過 貴單位提出測試卡申請，敬請惠予配合下列事項：

一、檢送健保卡測試卡____張、醫事人員測試卡____張、安全模組測試卡____張，共計____張，卡片編號為：

健保測試卡(HC Test Card)： 900000000000

醫事人員測試卡(HCA Test Card)： 900000000000

安全模組測試卡(SAM Test Card)： 900000000000

請惠予核對，如有不符，請速通知本署。

二、安全模組卡使用不當時可能發生鎖卡狀況，請小心使用。

三、測試卡片無法使用（例如鎖卡或無法讀寫），請向本署辦理更換。

四、本署所有測試卡片均登錄有案，卡片如有遺失，請主動通知本署掛失。

五、測試卡無使用需要時，請主動以掛號方式寄還卡片（安全模組測試卡歸還時，請將卡體一併寄回，不可只歸還晶片模組。）。

六、有關一般申請及更換卡片案件，申請單位收到測試卡並核對無誤後，請儘速列印使用須知簽收，並以傳真或郵寄方式寄回本署。若本署寄出測試卡 2 週後仍未收到簽收回函，將先暫停測試卡之權限，收到回函後再重新開啟權限。

此致

(單位全名)

衛生福利部中央健康保險署

106 年 3 月 21 日

<簽收>

本單位（全名）_____已收到衛生福利部中央健康保險署核發之測試卡，卡號及數量同上述無誤，並已詳閱及同意上述使用注意事項

簽署人 _____

簽署日期 _____