

健保卡存放內容

113.12.31 公告修訂

欄位名稱	長度	屬性	上傳			醫事服務機構輸入	醫事卡	備註	定義
			門診	住院	出院				
1.卡片號碼	12	英數字	U	U	U			顯、隱性	此號碼為製卡時產生，為唯一之號碼
2.姓名	20	中英數字						顯、隱性	1.中文使用 BIG5 碼(一個中文字為 2Bytes) 2.製卡時印製於卡片表面上，姓名為完整。隱性資料為 20Bytes
3.身分證號或身分證 明文件號碼	10	英數字	U	U	U			顯、隱性	記載卡片擁有人之身分證號或身分證明文件號碼左靠，不足補空白
4.出生日期	7	數字	U	U	U			顯、隱性	1.民國前出生，以"-"表示 2.日期格式為民國年(3碼)月(2碼)日(2碼)
5.性別	1	英數字						隱性	性別代碼為 M:男性、F:女性
6.發卡日期	7	數字						隱性	1.個人資料寫入卡片時之日期 2.日期格式為民國年(3碼)月(2碼)日(2碼)
7.照片	-	-						顯性	製卡時印製於卡片表面上
8.卡片註銷註記	1	英數字						隱性	1.卡片遺失註銷後，此卡於更新機更新資料時，透過檢核機制，需於此欄註記此卡為註銷卡 2.註記代碼為 1:正常卡(default)、2:註銷卡 3.若此欄註記為註銷卡時，則無法使用此卡就醫

4A-2.罕病註記	1	英數字					★		1.本欄位之註記 Y 者，為全民健康保險重大傷病罕病個案 2.醫事機構只有讀取權限，不可更改
4A-3.油症註記	1	英數字					★		1.本欄位之註記 Y 或 A 者，為衛生福利部國民健康署提供之個案 2.醫事機構只有讀取權限，不可更改
4A-4.保留欄位	2	英數字					★		1.本保留欄位原為重大傷病代碼欄 2.醫事機構只有讀取權限，不可更改
4B.指定至特定保險醫事服務機構就醫註記	14	中英數字						變更定義	1.資料於健保卡更新時自動載入指定就醫註記或保險人指定之保險醫事服務機構中文簡稱，中文使用 BIG5 碼(一個中文字為 2Bytes) 2.本欄位醫事機構只有讀取權限，不可更改
5.就醫可用次數	2	數字							1.記載卡片每次更新時可使用之就醫次數 2.除 8-1 就醫類別:不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：如 AA、AB、AC 預防保健...外，其他每看一次病即扣一次 3.非本國籍保險對象之就醫可用次數已於 107 年 6 月 26 日變更為一次；本國籍保險對象之就醫可用次數已於 108 年 7 月 25 日將就醫可用次數變更為三次，爾後若有變更，請依本署公告為主
6.最近一次就醫序號	7	數字							1.註記最近一次就醫序號 2.寫入就醫序號時，同時寫入同一序號值於此欄位，以做為下次就醫序號之參考 3.前三碼為民國年，後四碼為流水號
以下由醫事服務機構輸入									
7.新生兒依附註記									1.新生兒出生後尚未加保前，得依附於父母親之健保卡內，期限為二個月(60 天)，由提出生證明之醫事機構開關此欄位

●7-1.新生兒出生日期	7	數字	U	U	U	◎			2.新生兒依附順序以母親為優先，如母親未具健保身分者，始得依附父親 3.單胞胎或多胞胎依新生兒胞胎數表示，依戶政司之胞胎代碼(RSCD3004)填入：1=單胎、2=雙胞胎、3=3 胞胎、4=4 胞胎、5=5 胞胎以上																		
●7-2.新生兒胞胎註記	1	數字	U	U	U	◎			4.不同日期出生之多胞胎，仍以第一位出生之新生兒之出生日期來記載 5.國內出生且具本國籍之新生兒始可依附註記 6.若原接生院所未註記，保險對象得檢具出生證明或親子關係之證明文件由就醫之院所登錄註記																		
8.就醫資料登錄								保留 6 組																			
●8-1.就醫類別	2	英數字	U	U	U	◎		新增代碼 09、AJ、AK、BA、BG、EA	1.登錄就醫類別： (1)須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註記： <table border="1" data-bbox="1317 730 2163 979"> <tr> <td>00 指定就醫之門診</td> <td>05 住院</td> </tr> <tr> <td>01 西醫門診</td> <td>06 門診轉診就醫</td> </tr> <tr> <td>02 牙醫門診</td> <td>07 門診手術後之回診</td> </tr> <tr> <td>03 中醫門診</td> <td>08 住院患者出院之回診</td> </tr> <tr> <td>04 急診</td> <td>09 透析門診</td> </tr> </table> (2)不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記： <table border="1" data-bbox="1317 1031 2163 1318"> <tr> <td>AA 同一療程項目以 6 次以內治療為限者</td> <td>BB 出院</td> </tr> <tr> <td>AB 同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者</td> <td>BC 急診中、住院中執行項目</td> </tr> <tr> <td>AC 預防保健</td> <td>BD 急診離院</td> </tr> <tr> <td>AD 職業傷害或職業病門(急)診</td> <td>BE 職業傷害或職業病之住院</td> </tr> </table>	00 指定就醫之門診	05 住院	01 西醫門診	06 門診轉診就醫	02 牙醫門診	07 門診手術後之回診	03 中醫門診	08 住院患者出院之回診	04 急診	09 透析門診	AA 同一療程項目以 6 次以內治療為限者	BB 出院	AB 同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者	BC 急診中、住院中執行項目	AC 預防保健	BD 急診離院	AD 職業傷害或職業病門(急)診	BE 職業傷害或職業病之住院
00 指定就醫之門診	05 住院																										
01 西醫門診	06 門診轉診就醫																										
02 牙醫門診	07 門診手術後之回診																										
03 中醫門診	08 住院患者出院之回診																										
04 急診	09 透析門診																										
AA 同一療程項目以 6 次以內治療為限者	BB 出院																										
AB 同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者	BC 急診中、住院中執行項目																										
AC 預防保健	BD 急診離院																										
AD 職業傷害或職業病門(急)診	BE 職業傷害或職業病之住院																										

								<table border="1"> <tr> <td>AE 慢性病連續處方箋領藥</td> <td>BF 繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時</td> </tr> <tr> <td>AF 藥局調劑</td> <td>BG 門診當次轉住院之入院</td> </tr> <tr> <td>AG 排程檢查</td> <td>CA 其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者</td> </tr> <tr> <td>AH 居家照護(第二次以後)</td> <td>DA 門診轉出</td> </tr> <tr> <td>AI 同日同醫師看診(第二次以後)</td> <td>DB 門診手術後需於 7 日內之 1 次回診</td> </tr> <tr> <td>AJ 透析門診療程第二次(含)以後</td> <td>DC 住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診</td> </tr> <tr> <td>AK 急診留觀</td> <td>EA 床號變更/轉床</td> </tr> <tr> <td>BA 急診當次轉住院之入院</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.入院時需寫入一筆資料(就醫類別為 05、BA、BE、BG)，出院時再寫入另一筆(就醫類別為 BB、BD、DC)，住院中執行項目再寫入另一筆(就醫類為 BC)</p> <p>3.急診醫療專區除重要醫令及急診診察費外，其他醫令均不需寫入：</p> <p>(1)急診當日即出院者寫入一筆資料(就醫類別 04 或 AD)</p> <p>(2)急診觀察超過二日(含)以上者，比照住院辦理於急診當日寫入一筆資料(就醫類別 04 或 AD)，離院時再寫入另一筆(就醫類別 BD)，急診中執行重要醫令，就醫類別為 BC</p> <p>4.無論就醫序號累計或就醫可用次數扣除與否，每次就醫刷卡其「就醫累計次數」即累計一次</p> <p>5.94 年 6 月 21 日健保醫字第 0940017542 號函，全民健康保險特約醫院診所辦理轉診健保卡之登錄及上傳作業規定新增：</p> <p>(1)累計就醫序號：06、07、08</p>	AE 慢性病連續處方箋領藥	BF 繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時	AF 藥局調劑	BG 門診當次轉住院之入院	AG 排程檢查	CA 其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者	AH 居家照護(第二次以後)	DA 門診轉出	AI 同日同醫師看診(第二次以後)	DB 門診手術後需於 7 日內之 1 次回診	AJ 透析門診療程第二次(含)以後	DC 住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診	AK 急診留觀	EA 床號變更/轉床	BA 急診當次轉住院之入院	
AE 慢性病連續處方箋領藥	BF 繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時																							
AF 藥局調劑	BG 門診當次轉住院之入院																							
AG 排程檢查	CA 其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者																							
AH 居家照護(第二次以後)	DA 門診轉出																							
AI 同日同醫師看診(第二次以後)	DB 門診手術後需於 7 日內之 1 次回診																							
AJ 透析門診療程第二次(含)以後	DC 住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診																							
AK 急診留觀	EA 床號變更/轉床																							
BA 急診當次轉住院之入院																								

									<p>(2)不須累計就醫序號：DA、DB、DC</p> <p>6.取消 24 小時內之就醫類別(須或不須累計就醫序號)：</p> <p>(1)ZA：取消 24 小時內所有就醫類別。</p> <p>(2)ZB：取消 24 小時內部分就醫類別，並應於 8-8 欄位輸入卡片原登錄之分秒，第 2 筆於 8-9 欄位輸入卡片原登錄之分秒，總共可取消當日之六筆紀錄，取消超過 7 次者再輸入一筆就醫類別 ZB，並再於 8-8、8-9 欄位輸入卡片原登錄之分秒，依此類推。</p> <p>(3)取消“須累計就醫序號紀錄”時，連線執行「回復就醫可用次數及費用累計」(退掛)之原來作業方式不變。</p> <p>(4)取消預防保健者，除上述(1)或(2)外：A.取消預防保健者，另應於 12-1 欄位輸入保健服務項目註記，12-4 欄位輸入取消之檢查項目代碼。B.取消孕婦產前檢查者另應於 15-3 欄輸入取消之產前檢查項目代碼"XA"。</p>																										
●8-2.新生兒就醫註記	1	英數字	U	U	U	◎			<p>1.如為新生兒就醫，需於此欄位註記</p> <p>2.單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示，說明如下：</p> <p>(1)新生兒出生順序以英文字母之順序表示</p> <p>(2)英文大寫表示男性，英文小寫表示女性</p> <p>(3)依附就醫新生兒胞胎註記舉例說明如下：單胞胎之男性填「A」，單胞胎之女性填「a」；雙胞胎第 1 胎之男性填「A」，第 2 胎之男性填「B」，雙胞胎第 1 胎之女性填「a」，第 2 胎之女性填「b」，依此類推</p> <table border="1" data-bbox="1368 1114 1955 1350"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">新生兒 胞胎代碼</th> <th colspan="2">性別</th> </tr> <tr> <th>男</th> <th>女</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>單胎</td> <td>A</td> <td>a</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>雙胞胎</td> <td>B</td> <td>b</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3 胞胎</td> <td>C</td> <td>c</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4 胞胎</td> <td>D</td> <td>d</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5 胞胎以上</td> <td>E</td> <td>e</td> </tr> </tbody> </table>	新生兒 胞胎代碼		性別		男	女	1	單胎	A	a	2	雙胞胎	B	b	3	3 胞胎	C	c	4	4 胞胎	D	d	5	5 胞胎以上	E	e
新生兒 胞胎代碼		性別																																	
		男	女																																
1	單胎	A	a																																
2	雙胞胎	B	b																																
3	3 胞胎	C	c																																
4	4 胞胎	D	d																																
5	5 胞胎以上	E	e																																

									3.非新生兒就醫，此欄位為空白
●8-3.就診日期時間	13	數字	U	U	U	Auto			1.保險對象持卡就醫當日刷卡即由讀卡機自動產生就診日期時間 2.若為補卡時，則此欄位表示補卡之日期時間 3.住院病人時，此欄位為入院或出院日期時間 4.日期時間格式為民國年(3碼)月(2碼)日(2碼)時(2碼)分(2碼)秒(2碼)
●8-4.補卡註記	1	數字	U	U	U	◎			1.保險對象因分娩、緊急傷病就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，事後補送證件，補行註記就醫紀錄 2.本欄位註記需有補卡時才需註記 3.註記代碼為 1:正常(default)、2:補卡
●8-5.就醫序號	4	英數字	U	U	U	Auto			1.就醫類別為 01-09，每看一次病，本欄位號碼須將"最近一次就醫序號"後四碼累加一次做為本欄位之值 2.就醫類別非為 01-09 者(亦即 AA、AB...等)則就醫序號為空白 3.四碼為流水號
●8-6.醫療院所代碼	10	英數字	U	U	U	Auto			依特約時，衛生主管機關所編代碼存於 SAM 卡，由讀卡機讀取後自動產生
●8-7-1.醫事人員身分證號	10	英數字	U	U	U	Auto	★		1.自醫事卡讀取醫事人員之身分證字號 2.本欄僅做上傳資料用，不做顯示用 3.若醫事卡無法讀取(醫事卡損壞或忘記攜帶)，可使用經過認證核可之備用醫事卡(醫事人員身分證字號同醫療院所代碼) 4.當補卡註記為 2 時，醫事人員身分證字號可由 HIS 系統輸入
●8-7-2 安全簽章	256	英數字	U	U	U	Auto			1.由保險對象 ID+院所代號+就診日期時間運算產生之簽章 2.本欄位僅做上傳資料用，不做顯示用

●8-8.主要診斷碼、取消就醫類別	5	英數字	U	U	U	◎	★		就醫類別"ZB"取消 24 小時內部分就醫者，應於本欄位，輸入卡片原紀錄之分秒
●8-9.次要診斷碼、取消就醫類別	5	英數字	U	U	U	◎	★	保留 6 組 (同上)	就醫類別"ZB"取消 24 小時內部分就醫者，取消之第 2 筆於本欄位，輸入卡片原登錄之分秒，總共可取消當日之六筆紀錄(含 8-8)，取消超過 7 次者再輸入一筆就醫類別 ZB，再於 8-8、8-9 欄位，輸入卡片原登錄之分秒依此類推
●8-10.就醫醫療費用紀錄(含部分負擔)									當保險對象看完病後即於此欄登錄當次就醫費用
*8-10-1.門診醫療費用(當次)	8	數字	U			◎			1.當次門診就醫費用，自動加總於"門診本年累計費用" 2.當次門診部分負擔，自動加總於"門診本年部分負擔累計費用"
*8-10-2.門診部分負擔費用(當次)	8	數字	U			◎			
*8-10-3.住院醫療費用(當次)	8	數字			U	◎			1.當次住院醫療費用自動加總於"住院本年累計費用" 2.當次入住急性病房 30 日內或慢性病房 180 日內之部分負擔，自動累計於"住院年部分負擔累計費用"(急性 30 日，慢性病 180 日以下)
*8-10-4.住院部分負擔費用(當次急性 30 日、慢性 180 日以下)	7	數字			U	◎			3.當次入住急性病房 31 日以上或慢性病房 181 日以上(類似第 2 項)
*8-10-5.住院部分負擔費用(當次急性 31 日、慢性 181 日以上)	7	數字			U	◎			
9.就醫累計資料								保留 2 組	
●9-1.年	3	數字				Auto			1.無論門住診註記為何，每次看病就醫刷卡，該「就醫累計次數」即累計一次
●9-2.門住診就醫累計次數	4	數字				Auto			2.可顯示當年及去年二年之就醫累計次數，並可顯示各年之次數(例如：089 0010)

●9-3.門住診就醫醫療費用累計									本項可保留當年及去年二年之就醫累計費用，並且累計總費用
* 9-3-1.門診醫療費用累計	10	數字				Auto			由門診當次費用加總於"本年累計"，再加總於"總累計"
* 9-3-2.住診醫療費用累計	10	數字				Auto			由住院當次費用加總於"本年累計"，再加總於"總累計"
●9-4.門住診部分負擔費用累計									本項可保留當年及去年二年之部分負擔費用，並可顯示各年之部分負擔費用(例如：089 00000500)
* 9-4-1.門診部分負擔費用累計	8	數字				Auto			由"門診當次部分負擔費用"加總於"年累計費用"
* 9-4-2.住診急性 30 日、慢性 180 日以下部分負擔費用累計	8	數字				Auto			區分住院部分負擔費用屬於急性病房 30 日(慢性病 180 日)以下或 30 日(慢性病 181 日)以上，以便即時掌握 30 日(慢性病 180 日)以下已收取部分負擔累計金額，超過全年上限者即不再收取
* 9-4-3.住診急性 31 日、慢性 181 日以上部分負擔費用累計	8	數字				Auto			
●9-5.門診+住診部分負擔費用累計	8	數字				Auto			1.門診+住院之部分負擔合計金額 2.因應本署可能變更全年部分負擔核退上限規定之預留欄位
●9-6.[門診+住診(急性 30 日、慢性 180 日以下)]部分負擔費用累計	8	數字				Auto			
10.醫療費用總累計									
●10-1.門診醫療費用總累計	10	數字				Auto			記錄自使用健保卡後所累計之門診總費用及住診總費用

●10-2.住診醫療費用 總累計	10	數字				Auto			
11.個人保險費								保留 2 組	
●11-1.年	3	數字							1.記錄個人繳交保險費用 2.本欄位僅供個人查詢用，醫療機構不可讀取
●11-2.累計費用	8	數字							
12.保健服務								保留 6 組	兒童預防保健、成人預防保健、婦女子宮頸抹片檢查...等，共用欄位，保留六組資料
●12-1.保健服務項目 註記	2	英數字				◎			1 醫療院所受理保險對象預防保健服務時，則須於此登錄。 2.保健服務項目註記： 01 兒童預防保健 02 成人預防保健 03 婦女子宮頸抹片檢查 04 流行性感冒疫苗 05 兒童牙齒預防保健 06 婦女乳房檢查 07 定量免疫法糞便潛血檢查 08 口腔黏膜檢查 09 兒童常規疫苗 10 75 歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗接種 11 戒菸服務 12 COVID-19 疫苗 13 婦女人類乳突病毒檢測服務 14 胸部低劑量電腦斷層檢查
●12-2.檢查日期	7	數字				Auto			1.檢查日期由讀卡機自動產生 2.日期時間格式為民國年(3 碼)月(2 碼)日(2 碼)

●12-3.醫療院所代碼	10	英數字				Auto		醫療院所代碼由讀卡機自 SAM 卡讀出產生
●12-4.檢查項目代碼	2	英數字				◎		<p>1.預防保健係本署代辦項目，檢查項目代碼請依衛生福利部最新公告填寫，舉例如下：</p> <p>(1)兒童預防保健：01-07、20、71、72、73、75、76、77、79</p> <p>(2)成人預防保健：21、22、23、24、25、26、27、28</p> <p>(3)婦女子宮頸抹片檢查：31、33、35、37、38</p> <p>(4)流行性感冒疫苗：本欄位空白</p> <p>(5)兒童牙齒預防保健：81、8A、8B、8C、8D、8E、8F、8G、8H、8I、8J、8K、8L、8M、8N、8O、8P、87、88、89</p> <p>(6)婦女乳房檢查：91</p> <p>(7)定量免疫法糞便潛血檢查：85、94</p> <p>(8)口腔黏膜檢查：95、97</p> <p>(9)婦女人類乳突病毒檢測服務：3A、3B、3C</p> <p>(10)胸部低劑量電腦斷層檢查：LD</p> <p>2.已註記未施作取消"預防保健"項目代碼如下：</p> <p>(1)YA：01 兒童預防保健</p> <p>(2)YB：02 成人預防保健</p> <p>(3)YC：03 婦女子宮頸抹片檢查</p> <p>(4)YD：05 兒童牙齒預防保健</p> <p>(5)YE：06 婦女乳房檢查</p> <p>(6)YF：04 流行性感冒疫苗</p> <p>(7)YG：07 定量免疫法糞便潛血檢查</p> <p>(8)YH：08 口腔黏膜檢查</p> <p>(9)YI：09 兒童常規疫苗</p> <p>(10)YJ：10 75 歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗接種</p> <p>(11)YK：11 戒菸服務</p>

									(12)YL：12 COVID-19 疫苗 (13)YM：13 婦女人類乳突病毒檢測服務 (14)YN：14 胸部低劑量電腦斷層檢查
13.緊急聯絡電話	7	數字				◎			1.病人同意後由醫事機構輸入或取消
14.緊急聯絡電話	7	數字				◎			2.請按(1)區域號碼(2)電話號碼(3)分機之順序輸入 3.病人可於公共資訊服務站輸入或取消
15.孕婦產前檢查(限女性)								保留 11 組	孕婦產前檢查共計 14 次，另登錄 3 次超音波檢查紀錄，保留 11 組資料，以供查詢
●15-1.檢查日期	7	數字				Auto			1.檢查日期由讀卡機自動產生 2.日期時間格式為民國年(3 碼)月(2 碼)日(2 碼)
●15-2.醫療院所代碼	10	英數字				Auto			依特約時，衛生主管機關所編代碼存於 SAM 卡，由讀卡機讀取後自動產生
●15-3.檢查項目代碼	2	數字				◎			1.檢查項目代碼依衛生福利部國民健康署公告填寫。 2.取消孕婦產前檢查請填寫"XA"

醫療專區

欄位名稱	長度	屬性	上傳			醫事服務機構輸入	醫事卡	備註	定義
			門診	住院	出院				
1.門診處方箋								保留 60 組	
●1-1.就診日期時間	13	數字	U	U	U	Auto			1.由健保資料段 8-3 就診日期時間帶入 2.日期時間格式為民國年(3 碼)月(2 碼)日(2 碼)時(2 碼)分(2 碼)秒(2 碼)
●1-2.診療項目									

*1-2-1 醫令類別	1	英數字	U	U		◎	★	<p>1.醫令類別代碼：</p> <p>"1"非長期藥品處方箋</p> <p>"2"長期藥品處方箋</p> <p>"3"診療</p> <p>"4"特殊材料</p> <p>"5"重要醫令(含門住診)</p> <p>"A"刪除非長期藥品處方箋</p> <p>"B"刪除長期藥品處方箋</p> <p>"C"刪除診療</p> <p>"D"刪除特殊材料</p> <p>"E"刪除重要醫令(含門住診)</p> <p>"G"虛擬醫令 R001~R008、S001~S004</p> <p>"H"刪除虛擬醫令 R001~R008、S001~S004</p> <p>"J"矯正機關代號</p> <p>"K"刪除矯正機關代號</p> <p>2.開立十四日(含)以上處方之長期處方箋資料，在此欄位輸入代碼"2 或 B"時，即自動將資料複製至"長期處方箋"各欄位</p> <p>3.重要醫令：係為利於資訊共享，避免重複實施，經健保署公告應於執行後登錄之項目，例如 CT、MRI、PET 及住院手術項目等等</p> <p>4.需登載之重要醫令，院所所有門住診個案需於實施後 24 小時內登載上傳，當在此欄位輸入代碼"5"或 E"時，即自動將資料複製至"重要醫令"各欄位</p> <p>5.住院實施之重要醫令項目須於門診處方箋部分欄位鍵入資料</p>
*1-2-2.診療項目代號	12	英數字	U	U		◎	★	<p>依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準、特殊材料支付標準、重要醫令代碼填寫</p>

*1-2-3 診療部位	6	英數字	U	U		◎	★	<p>1.本欄位限重要醫令及牙醫牙位時輸入</p> <p>2.重要醫令實施部位代碼： (1)980930 止:A(頸部).B(胸部).C(腹部)D.(脊椎)E.(上下肢) (2)981001 起比照門住診申報格式診療部位代碼</p> <p>A：頸部 I：上腹部及骨盆腔 R：右側；L：左側 B：薦椎/雙側 J：胸椎 S：MRS(磁振頻譜) C：上腹部 K：腰椎 T：MRA(磁振血管攝影) D：周邊神經 M：骨骼肌肉系統 U：胸部 E：肢部 N：頸椎 V：心血管系統 F：頭頸部 O：其他 Ph：複雜緩和性放療 G：胸部及上腹部 P：骨盆腔 Pl：簡單緩和性放療 H：頭部 Q：臂神經血管叢 Pm：一般緩和性放療</p> <p>3.牙醫診療部位請以 FDI 牙位表示法</p> <p>4.依實施部位填寫左靠，不足補空白，例如頸部及胸部則填 AU</p>
*1-2-4.用法（藥品使用頻率）	18	英數字	U			◎	★	依全民健康保險藥品使用標準碼填寫
*1-2-5.天數	2	數字	U			◎	★	依處方總天數填寫，每項藥品逐筆填載給藥日份
*1-2-6.總量	7	數字	U	U		◎	★	<p>1.小數點需填寫，取至小數點下一位，第二位四捨五入，如 99999.9 五位整數，一位小數</p> <p>2.虛擬醫令代碼 R001~R008、S001~S004，本欄位為 0</p>
*1-2-7.交付處方註記	2	數字	U			◎	★	<p>1.交付處方註記：</p> <p>01 自行調劑(所執行之醫令是由本院所開之非長期藥品處方箋)</p> <p>02 交付調劑(所執行之醫令非由本院所開之非長期藥品處方箋)</p> <p>03 自行執行(所執行之醫令是由本院所開之診療、特殊材料或重要醫令)</p>

									04 交付執行(所執行之醫令非由本院所開之診療、特殊材料或重要醫令) 05 自行調劑之慢性病連續處方箋(所執行之醫令是由本院所開之長期藥品處方箋) 06 交付調劑之慢性病連續處方箋(所執行之醫令非由本院所開之長期藥品處方箋) 07 未執行之檢驗/檢查(醫令是由本院所開之未執行檢驗/檢查) 08 開立之釋出處方藥品 2.所有診療項目(醫令)均請配合填「交付註記」欄位以利後續資料整合
●1-3 處方簽章	40	英數字	U	U	U	Auto			本欄位僅做上傳資料用，不做顯示用
2.長期處方箋								保留 30 組	門診處方箋輸入長期處方時，即自動將其資料複製至此
●2-1.開立日期	7	數字				Auto	★		1.開立日期由讀卡機自動產生 2.日期時間格式為民國年(3碼)月(2碼)日(2碼)
●2-2.藥品項目									
*2-2-1.藥品代碼	10	英數字				Auto	★		輸入長期處方箋之藥品代碼
*2-2-2.用法	18	英數字				Auto	★		處方藥品，此欄為必填欄位。依全民健康保險藥品使用標準碼填寫藥品使用頻率
*2-2-3.天數	2	數字				Auto	★		依處方總天數填寫，每項藥品逐筆填載給藥日份
*2-2-4.總量	7	數字				Auto	★		小數點需填寫，取至小數點下一位，第二位四捨五入，如99999.9 五位整數，一位小數
3.重要醫令項目								保留 10 組	
●3-1.實施日期	7	數字				Auto	★		1.實施日期由讀卡機自動產生 2.日期時間格式為民國年(3碼)月(2碼)日(2碼)

●3-2.醫療院所代碼	10	英數字				Auto	★		依特約時，衛生主管機關所編代碼存於SAM卡，由讀卡機讀取後自動產生
●3-3.重要醫令項目代碼	6	英數字				Auto	★		列入重要醫令項目之支付標準代碼
●3-4.實施部位代碼	6	英數字				Auto	★		<p>1.重要醫令實施部位代碼：</p> <p>(1)980930 止:A(頸部)、B(胸部)、C(腹部)、D(脊椎)、E(上下肢)</p> <p>(2)981001 起比照門住診申報格式診療部位代碼</p> <p>A：頸部 I：上腹部及骨盆腔 R：右側；L：左側</p> <p>B：薦椎/雙側 J：胸椎 S：MRS(磁振頻譜)</p> <p>C：上腹部 K：腰椎 T：MRA(磁振血管攝影)</p> <p>D：周邊神經 M：骨骼肌肉系統 U：胸部</p> <p>E：肢部 N：頸椎 V：心血管系統</p> <p>F：頭頸部 O：其他 Ph：複雜緩和性放療</p> <p>G：胸部及上腹部 P：骨盆腔 Pl：簡單緩和性放療</p> <p>H：頭部 Q：臂神經血管叢 Pm：一般緩和性放療</p> <p>2.依實施部位填寫左靠，不足補空白，例如頸部及胸部則填 AU</p>
●3-5.總量	7	數字							小數點需填寫，取至小數點下一位，第二位四捨五入，如99999.9 五位整數，一位小數
4.過敏藥物								保留3組	
●4-1.過敏藥物成份名稱	40	英數字	U	U	U	◎	★		<p>1.記載過敏藥物成份名稱，限醫事卡始可讀取與寫入</p> <p>2.註記 HLA-B1502 基因檢測結果</p> <p>3.請配合上傳，詳見健保卡資料上傳作業說明</p>

欄位名稱	長度	屬性	上傳			醫事服務機構輸入	醫事卡	備註	定義
			門診	住院	出院				
1.預防接種資料項目								保留 40 組	請依衛生福利部疾病管制署公告辦理
●1-1.疫苗種類	6	英數字	U			◎			
●1-2.接種日期	7	數字	U			Auto			
●1-3.醫療院所代碼	10	英數字	U			Auto			
●1-4.疫苗批號	12	英數字	U			◎			
2.器官捐贈資料項目									
●2-1 同意器官捐贈、安寧緩和醫療註記及預立醫療決定書註記	1	英數字							依衛生福利部 <u>108 年 2 月 11 日衛部醫字第 1081660963A 號</u> 函：代碼 1.同意器官捐贈。2.同意安寧緩和醫療。3.同意不施行心肺復甦術。4.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療(舊)。5.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療。6.同意器官捐贈、同意不施行心肺復甦術。7.同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療(舊)。A.同意不施行維生醫療。B.同意器官捐贈、同意不施行維生醫療。C.同意安寧緩和醫療、同意不施行維生醫療。D.同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療。E.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療。F.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不施行維生醫療。G.同意器官捐贈、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療。H.同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療。I.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術。J.同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術。K.同意預立醫療決定。L.同意器官捐贈、同意

									<p>預立醫療決定。M.同意安寧緩和醫療、同意預立醫療決定。N. 同意不實施心肺復甦術、同意預立醫療決定。O.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意預立醫療。P.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意預立醫療決定。Q.同意器官捐贈、同意不實施心肺復甦術、同意預立醫療決定。R.同意安寧緩和醫療、同意不實施心肺復甦術、同意預立醫療決定。S.同意不實施維生醫療、同意預立醫療決定。T. 同意器官捐贈、同意不實施維生醫療、同意預立醫療決定。U. 同意安寧緩和醫療、同意不實施維生醫療、同意預立醫療決定。V.同意不實施心肺復甦術、同意不實施維生醫療、同意預立醫療絕定。W.同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療、同意預立醫療決定。X. 同意器官捐贈、同意安寧緩和醫療、同意不實施維生醫療、同意預立醫療。Y.同意器官捐贈、同意不實施心肺復甦術、同意不實施維生醫療、同意預立醫療決定。Z.同意安寧緩和醫療、同意不實施心肺復甦術、同意不實施維生醫療、同意預立醫療決定。「空白」未註記。</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

說明：

- 1.打U者為每日應上傳之資料項目。
- 2.打◎者為應由醫事服務機構輸入。
- 3.打Auto者為Reader & API 自動計算後寫入之欄位且該欄位具備READ功能。
- 4.打★者為需配合醫人員卡方可讀取該欄位資料。

➤ **備註:**

資訊程式設計應保留彈性的功能，以便政策調整時可隨時應變，例如：

1. 建議保險對象每次就醫時，請更新其健保卡。
2. 上傳應以全面上傳之面向之設計，但健保署視實際需要可彈性選擇實施上傳或停止上傳之項目。
3. 輸入 7-2.新生兒胞胎註記時，則應檢核限為 60 天 $[(8-3.\text{就診日期時間}-7-1.\text{新生兒出生日期})\leq 60]$ ，超過該期限者不得依附就醫。
4. 避免重複就診：例如同日第二次以上就診，住院期間至門診就診或超過全年某一平均次數者，於刷卡時顯示警告訊號。
5. 預防接種者直接由畫面進入衛生行政專區，不累計就醫次數。
6. 住院個案應連線即時查保【05 住院、BA 門(急)診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日(含)以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、BF 繼續住院依規定分段結清者、DC 住院患者出院後需於 7 日內之一次回診者、BG 門診當次轉住院之入院】。