

「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」 (XML 檔案格式)

版更日期：[112.08.16](#)

媒體格式

(一)總表段

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	t1	資料格式	2	X	請填"20"住院醫療服務申報資料格式代碼。
*	t2	服務機構代號	10	X	衛生福利部編定之代碼。
*	t3	費用年月	5	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。
*	t4	申報方式	1	X	1:書面 2:媒體 3:連線
*	t5	申報類別	1	X	1:送核 2:補報
*	t6	申報日期	7	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。
△	t7	一般案件申請件數	6	9	案件分類1(一般案件)之申請件數加總。
△	t8	一般案件日數	8	9	一、案件分類1(一般案件)之急慢性病床總日數。 二、當點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
△	t9	一般案件醫療費用點數	10	9	一、案件分類 1(一般案件)點數清單段欄位 IDd85(申請費用點數)- 欄位 IDd112(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目點數</u>)+ 欄位 IDd84(部分負擔點數)之加總。 二、當點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。 三、醫令清單申報之G00001(部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數)列入計算。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	t10	論病例計酬案件申請件數	6	9	案件分類2(論病例計酬案件)之申請件數加總。
△	t11	論病例計酬案件日數	8	9	案件分類2(論病例計酬案件)申請案件之急慢性病床總日數。
△	t12	論病例計酬案件醫療費用點數	10	9	案件分類2(論病例計酬案件)申請案件之點數清單段欄位IDd85(申請費用點數)－欄位IDd112(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目點數</u>)＋欄位IDd84(部分負單點數)之加總。
△	t13	特定案件申請件數	6	9	案件分類3(特定案件)申請件數之加總。
△	t14	特定案件日數	8	9	一、案件分類3(特定案件)申請案件之急、慢性病床總日數。 二、醫療服務點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
△	t15	特定案件醫療費用點數	10	9	一、案件分類3(特定案件)申請件數之點數清單段欄位IDd85(申請費用點數)－欄位IDd112(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目點數</u>)＋欄位ID d84(部分負擔點數)之加總。 二、點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。 三、醫令清單段申報之G00001(部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數)列入計算。
*	t16	醫療費用件數總計	8	9	一、為欄位IDt7、t10、t13、t22、t25之加總。 二、若為0，則填0。
*	t17	醫療費用日數總計	10	9	一、為欄位IDt8、t11、t14、t23、t26之加總。 二、若為0，則填0。
*	t18	醫療費用點數總計	10	9	一、為欄位IDt9、t12、t15、t24、t27之加總(含部分負擔點數)。 二、若為0，則填0。
△	t19	部分負擔件數總計	8	9	一、住院申報案件點數清單段有部分負擔點數的件數加總。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					二、點數清單段欄位ID102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
△	t20	部分負擔日數總計	10	9	一、點數清單段有部分負擔點數的急慢性病床日數加總。 二、點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
*	t21	部分負擔點數總計	10	9	一、若為0，則填0。 二、申報案件之部分負擔點數加總。 三、點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。 四、醫令清單段申報之G00001(部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數)列入計算。
△	t22	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護件數總計	8	9	案件分類4(支付制度試辦計畫)、6(安寧療護案件)、7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、所有本署協助其他單位辦理醫療項目(案件分類A1~AZ、B1、C1~CZ、D1~DZ)之申請件數加總。
△	t23	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護日數總計	10	9	案件分類4(支付制度試辦計畫)、6(安寧療護案件)、7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、所有本署協助其他單位辦理醫療項目(案件分類A1~AZ、B1、C1~CZ、D1~DZ)之申請日數加總。
△	t24	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護案件醫療費用點數總計	10	9	申請非案件分類 1、2、3、5 案件之點數清單段欄位 IDd85(申請費用點數)－欄位 IDd112(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目點數</u>)＋欄位 IDd84(部分負擔點數)。
△	t25	Tw-DRGs件數總計	10	9	案件分類5(Tw-DRGs案件)之申請件數加總。
△	t26	Tw-DRGs日數總計	10	9	案件分類5(Tw-DRGs案件)之日數加總。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	t27	Tw-DRGs醫療費用點數總計	10	9	一、申請案件分類 5 案件之點數清單段欄位 IDd85 (申請費用點數)－欄位 IDd112(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目點數</u>)＋欄位 IDd84(部分負擔點數)。 二、醫令清單段申報之G00001(部分負擔代碼改變已切帳申報，且該次已收取之部分負擔點數)列入計算。
*	t28	申請件數總計	8	9	一、為欄位 IDt7、t10、t13、t22、t25 之加總。 二、若為0，則填0。
*	t29	申請日數總計	10	9	一、為欄位 IDt8、t11、t14、t23、t26之加總。 二、若為0，則填0。
*	t30	申請點數總計	10	9	一、為欄位 IDt18與IDt21之差值(不含部分負擔)＋欄位 IDt33。 二、若為0，則填0。
△	t31	此次連線申報起日期	7	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。
△	t32	此次連線申報迄日期	7	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。
△	t33	不計入醫療費用點數合計欄位項目點數總計	10	9	為欄位 IDd112之點數加總。

(二)點數清單段

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d5	補報原因註記	1	X	一、申報類別(欄位IDt5)為2(補報)者，本欄為必填欄位。補報原因註記代碼： 1:補報整筆案件 2:補報部分醫令或醫令差額【案件分類5(Tw-DRGs案件)除醫令類別K(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目</u>)及醫令編號02025B(出院準備及追蹤管理費)外，餘均不適用)】。 4:103年DRGs補報專案 二、申報類別(欄位IDt5)為1(送核)案件，本欄免填(98.07起適用)。
*	d2	流水編號	6	9	一、服務機構所編之申報流水序號，請依案件分類之類別及出院日期分別連續編號，並依科別集中整理，上下半月之同一案件分類之流水號不可重複。 二、最小值為1。 三、同一醫事服務機構不同院區間費用採合併申報者，本欄位第1碼請依本署各分區業務組協定碼申報。
*	d4	部分負擔代號	3	X	參閱申報說明註 4 及註 13。
*	d3	身分證統一編號	10	X	國民身分證統一編號,或外籍居留(如無居留證號碼請填護照號碼)，身分證號檢核原則，請參考註 14。
*	d6	出生年月日	7	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 二、本欄之日期必須小於等於就醫日期或入院日期，且年齡必須小於150歲。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d7	給付類別	1	X	一、參閱申報說明註 13。 二、給付類別代碼： 1:職業傷害 2:職業病 3:普通傷害 4:普通疾病 6:自然生產 7:剖腹生產(註:保險對象不符醫療上適應症而自行要求施行剖腹產手術者，給付類別填 7) 8:天災 9:呼吸照護 自 99 年 1 月(費用年月)起，「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫之醫療費用申報，請依 98 年 11 月 5 日健保醫字第 0980091465 號公告辦理，其中申報類別(欄位 IDt5)為「1:送核」者，參與試辦計畫之案件以案件分類「4:支付制度試辦計畫」申報。未參與試辦計畫案件之案件分類為「1:一般案件或 3:特定案件」，參與或未參與試辦計畫案件之給付類別均為「9:呼吸照護」。 A:安寧療護:98 年 9 月起案件申報類別以「1:送核」、給付類別「A:安寧療護」、案件分類以「6: 安寧療護案件」申報，其他項次之申報說明詳註 16。 C:全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案 D:週產期論人支付制度試辦計畫 E:全民健康保險氣喘醫療給付改善方案 M:C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫(106.1.24新增)

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>U:非天然災害之重大意外事故(110.4.16新增)</u> <u>W:行政協助法定傳染病通報且隔離案件(109.11.26健保醫字第1090015895號函)</u> <u>X:法定傳染病通報且隔離之費用拆疾管署及健保支付案件(109.11.26健保醫字第1090015895號函)</u> Y:八仙樂園粉塵爆燃事件(104.06.27增訂) Z:高雄氣爆事件(103.07.31增訂)
*	d1	案件分類	2	X	一、參閱申報說明註13。 二、健保給付案件代碼： 1:一般案件 2:論病例計酬案件 3:特定案件 (1)住院申報 50 萬元以上之高額案件 (2)血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件 4:支付制度試辦計畫(乳癌 90.12、肝炎 92.10 適用、呼吸照護 99.1、急性後期照護 103.01) 5:Tw-DRGs 案件(99.01)，欄位 IDd18(Tw-DRGs 碼)及欄位 IDd19(Tw-DRGs 支付型態)欄位為必填。 6:安寧療護案件(98.09)；其他項次參考欄位 IDd7 申報說明，詳註 16。 7:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件(106.2.4 新增) 三、協助勞保局給付案件代碼(A1~AZ；申報方式與健保給付案件相同)： A1:一般案件 A2:論病例計酬案件

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					A3:特定案件 A4:支付制度試辦計畫 (1)全民健康保險乳癌醫療給付改善方案者，病患來源(欄位 IDd16)應為「N、C、R:乳癌計畫」 (2)C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫者，給付類別(欄位 IDd7)應為「M: 肝炎試辦計畫」 (3)呼吸照護試辦計畫者，給付類別(欄位 IDd7)應為「9:呼吸照護」 AZ:職業傷病住院膳食費(97 年 3 月 26 日健保醫字第 0970002000 號函增訂) 四、協助衛生福利部給付案件代碼(B1~BZ): B1:精神病嚴重病人送醫及強制住院案件(欄位 IDd4 部分負擔代碼應為「009:本署其他規定免部分負擔者」)。 五、協助疾病管制署給付案件代碼(C1~CZ): C1:AIDS 案件 <u>請參閱「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」規定。</u> C4:無健保結核病患之醫療費用(96 年 7 月 9 日函增訂) <u>請參閱「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」規定。</u> <u>C5:法定傳染病通報且隔離案件(109.11.26 健保醫字第 1090015895 號函)</u> <u>請參閱「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」規定。</u> 六、協助衛生福利部低收入給付案件代碼(D1~DZ): DZ:低收入戶住院膳食費(97年3月26日增訂)
*	d9	就醫科別	2	X	一、請依註5規定填寫。 二、若不足位者前補0，如家醫科，為01。
*	d10	入院年月日	7	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					如 9 日，為 09。 二、應小於等於費用年月的最後一日。
△	d11	出院年月日	7	X	一、參閱申報說明註 20。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 三、本欄應大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日。
*	d12	申報期間-起	7	X	一、參閱申報說明註 20。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 三、本欄應大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日。
*	d13	申報期間-迄	7	X	一、參閱申報說明註 20。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 三、本欄應大於等於申報起日且小於等於費用年月的最後一日。
△	d14	急性病床天數	3	9	一、參閱申報說明註20。 二、病人住急性病床之總計天數,以入院之日起，出院之日不計，應包含醫令類別Z(部分已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令)之住院天數。
△	d15	慢性病床天數	3	9	一、參閱申報說明註20。 二、病人住慢性病床之總計天數,以入院之日起計,出院之日不計，應包含醫令類別Z(部分已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令)之住院天數。
*	d16	病患來源	1	X	一、參閱申報說明註 13。 二、病患來源代碼：

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					1:初、複診 2:急診 3:轉診 4:同一疾病 14 天內再住院，致部分負擔小於法定比例或每次最高上限金額(93 年 8 月 9 日健保醫字第 0930060173 號函) N、C、R：乳癌試辦計畫(90.12) S:行政協助精神病嚴重病人送醫及強制住院(92.06行政協助) 7:同次住院費用依規定切帳申報案件
*	d17	就醫序號	4	X	一、參閱申報說明註 13。 二、請依健保 IC 卡規定之就醫序號填寫，四碼流水號例如：0001。 三、同一序號如有重複申報，僅支付實際於健保 IC 卡註記之醫療院所。
△	d18	Tw-DRG碼	5	X	一、依公告之 Tw-DRGs 權重表之代碼申報。 二、案件分類(欄位 IDd1)為「5: Tw-DRGs 案件」者，本欄為必填欄位。 三、Tw-DRG 碼中屬已實施 Tw-DRGs 項目者，案件分類必為「5: Tw-DRGs 案件」。 四、申報之 Tw-DRG 碼應符合 Tw-DRGs 分類架構及原則。
△	d19	Tw-DRG 支付型態	1	X	案件分類(欄位 IDd1)為「5: Tw-DRGs 案件」者，本欄為必填欄位，若非此條件，可不填。 0:費用在 Tw-DRGs 上下限臨界點範圍內者 1:費用高於 Tw-DRGs 上限臨界點者 2:費用低於 Tw-DRGs 下限臨界點核實申報者 3:無權重之 Tw-DRGs 核實申報者 4:該 Tw-DRGs 個案<20 核實申報者 5:論日支付者【轉歸代碼(欄位 IDd24)為 5(一般自行要求出院)或 6(安排至其他醫院)個

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					案，其住院日數小於該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，且實際醫療費用點數介於上下限臨界點範圍內者】 6:費用高於上限臨界點核實申報者
*	d20	主治醫師代碼	10	X	一、參閱申報說明註 14。 二、被保險人入院後病房主治醫師之身分證號或外籍居留證號,如住院中有一位以上之主治醫師時，請填出院時之主治醫師。 三、詳欄位 IDd3(身分證統一編號)資料說明。
△	d21	DRGs碼	5	X	一、凡屬論病例計酬案件者應依所訂之參考碼填寫。 二、若案件分類(欄位 IDd1)為「2: 論病例計酬案件」或「A2: 論病例計酬案件」者，本欄為必填欄位。
*	d24	轉歸代碼	1	X	一、參閱申報說明註 20 及註 22。 二、轉歸代碼： 1:依醫囑出院 2:繼續住院 3:依醫囑出院改本院門診治療 4:死亡 5:一般自行要求出院 6:安排至其他醫院 7:身份變更

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					8:逾假未歸或不假離院 0:其它 A:病危自動出院 B:住院30日內因身分變更切帳申報後，轉為論日支付或代辦之非Tw-DRGs案件 D:醫院間轉急性後期照護 E:院內轉急性後期照護 F:因療程需要計劃性出院 G:依醫囑出院轉機構照護 H:依醫囑出院並轉介照管中心/長照需求評估 I:依醫囑出院並安排居家醫療 J:依醫囑出院並轉社區精神醫療 K:轉自費身份繼續住院 L:依醫囑出院，已無需於本院繼續接受治療，但仍需接受後續醫療服務，下轉至適當院所(費用年月 108.01.01 新增) 三、個案於住院治療，因病情需要有先出院一段時間再入院治療者，請優先選擇代碼F。 四、個案狀況同時符合代碼G、H、I者，請優先填報G，次為H，再其次為I。 五、個案狀況同時符合代碼E(院內轉急性後期照護)與代碼2(繼續住院)者，請優先填報E。 六、醫令代碼(欄位IDp3)為02025B(出院準備及追蹤管理費)，本欄為必填欄位。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d25	主診斷	9	X	一、主診斷之代碼。 二、參閱申報說明註3及13。 三、「小數點」不需填報。
△	d26	次診斷代碼(一)	9	X	次診斷之代碼。
△	d27	次診斷代碼(二)	9	X	同上。
△	d28	次診斷代碼(三)	9	X	同上。
△	d29	次診斷代碼(四)	9	X	同上。
△	d30	次診斷代碼(五)	9	X	同上。
△	d31	次診斷代碼(六)	9	X	同上。
△	d32	次診斷代碼(七)	9	X	同上。
△	d33	次診斷代碼(八)	9	X	同上。
△	d34	次診斷代碼(九)	9	X	同上。
△	d35	次診斷代碼(十)	9	X	同上。
△	d36	次診斷代碼(十一)	9	X	同上。
△	d37	次診斷代碼(十二)	9	X	同上。
△	d38	次診斷代碼(十三)	9	X	同上。
△	d39	次診斷代碼(十四)	9	X	同上。
△	d40	次診斷代碼(十五)	9	X	同上。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d41	次診斷代碼(十六)	9	X	同上。
△	d42	次診斷代碼(十七)	9	X	同上。
△	d43	次診斷代碼(十八)	9	X	同上。
△	d44	次診斷代碼(十九)	9	X	同上。
△	d45	主手術(處置)代碼	9	X	主手術(處置)之代碼。
△	d46	次手術(處置)代碼一	9	X	同上。
△	d47	次手術(處置)代碼二	9	X	同上。
△	d48	次手術(處置)代碼三	9	X	同上。
△	d49	次手術(處置)代碼四	9	X	同上。
△	d50	次手術(處置)代碼五	9	X	同上。
△	d51	次手術(處置)代碼六	9	X	同上。
△	d52	次手術(處置)代碼七	9	X	同上。
△	d53	次手術(處置)代碼八	9	X	同上。
△	d54	次手術(處置)代碼九	9	X	同上。
△	d55	次手術(處置)代碼十	9	X	同上。
△	d56	次手術(處置)代碼 十一	9	X	同上。
△	d57	次手術(處置)代碼	9	X	同上。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
		十二			
△	d58	次手術(處置)代碼 十三	9	X	同上。
△	d59	次手術(處置)代碼 十四	9	X	同上。
△	d60	次手術(處置)代碼 十五	9	X	同上。
△	d61	次手術(處置)代碼 十六	9	X	同上。
△	d62	次手術(處置)代碼 十七	9	X	同上。
△	d63	次手術(處置)代碼 十八	9	X	同上。
△	d64	次手術(處置)代碼 十九	9	X	同上。
*	d65	醫令總數	5	9	一、保險對象本次住院申報醫令之總數量。 二、詳申報說明註20。 三、若資料為0，則填0。
△	d66	診察費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d67	病房費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d68	管灌膳食費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d69	檢查費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d70	放射線診療費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d71	治療處置費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d72	手術費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d73	復健治療費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d74	血液血漿費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d75	血液透析費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d76	麻醉費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d77	特殊材料費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d78	藥費點數	8	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及藥價基準各部章節對應。
△	d79	藥事服務費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d80	精神科治療費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d81	注射技術費點數	7	9	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各部章節對應。
△	d82	嬰兒費點數	7	9	包括於治療處置費。
*	d83	醫療費用點數合計	8	9	一、若加總為0，則填0。 二、欄位 IDd66 至欄位 IDd82 之加總。
*	d84	部分負擔點數	7	9	一、詳申報說明註20。 二、服務機構收取之部分負擔點數，應不含醫令類別有「Z:部分已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令」之G00001部分負擔點數。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d85	申請費用點數	8	9	一、本欄為欄位IDd83與IDd84之差值＋欄位IDd112點數。若為0，則填0。 二、案件分類「2:論病例計酬案件」之申請費用點數＝醫令清單中醫令類別為「2:診療明細」之定額費用減醫令類別 D(被替代之健保給付特材項目)點數減欄位 IDd84 之部分負擔點數＋欄位 IDd112 點數(申請費用點數＝醫令類別為「2 診療明細」之定額費用點數－醫令類別 D(被替代之健保給付特材項目)點數－清單段部分負擔點數＋欄位 IDd112 點數)。(費用年月 108.10.01 修訂) 三、案件分類「5:Tw-DRGs 案件」之申請費用點數＝醫令代碼 F00000 或 F00001－醫令代碼 G00001－清單欄位 IDd84 部分負擔點數＋欄位 IDd112 點數。 四、欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記代碼)為「A:因住院30日內切帳申報(如部分負擔代碼，且出院(或未出院)之非DRG案件或>30天未出院之非DRG案件)」者，申請費用點數＝點數清單段欄位IDd83－醫令代碼G00001－點數清單段欄位IDd84(部分負擔點數)＋欄位IDd112點數。 五、當欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記代碼)為「9」時，本欄費用應為「0」。 六、案件分類「6:安寧療護案件」之申請費用點數＝醫令清單段醫令類別為「2:診療明細」之定額費用＋通則六得另行申報醫令類別為「2:診療明細」之特定診療項目＋通則七得另行核實申報醫令類別為「1:用藥明細」之藥物減點數清單段欄位IDd84(部分負擔點數)，即申請費用點數＝醫令清單段醫令類別為「1+2」之點數－點數清單欄位IDd84

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					之部分負擔點數)。
△	d86	醫療費用點數(急性病床 1-30 日)	8	9	一、醫療費用點數(急性病床 1-30 日)。 二、住院超出 30 日以上，請將醫療費用點數依 1-30 日，31-60 日，61 日以上分別計算醫療費用點數。
△	d87	部分負擔點數(急性病床 1-30 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(急性病床1-30日)，參閱註6。
△	d88	醫療費用點數(急性病床 31-60 日)	8	9	一、醫療費用點數(急性病床31-60日)。 二、住院超出30日以上，請將醫療費用點數依1-30日，31-60日，61日以上，分別計算醫療費用點數。
△	d89	部分負擔點數(急性病床 31-60 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(急性病床31-60日)，參閱註6。
△	d90	醫療費用點數(急性病床 61 日以上)	8	9	一、醫療費用點數(急性病床61日以上)。 二、住院超出 30 日以上，請將醫療費用點數依 1-30 日，31-60 日，61 日以上，分別計算醫療費用點數，參閱註 6。
△	d91	部分負擔點數(急性病床 61 日以上)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(急性病床61天以上)，參閱註6。
△	d92	醫療費用點數(慢性病床 1-30 日)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床1-30日)。 二、住院超出30日以上，請將醫療費用點數依1-30日，31-60日，61日以上，分別計算醫療

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					費用點數。
△	d93	部分負擔點數(慢性病床 1-30 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床1-30日)。
△	d94	醫療費用點數(慢性病床 31-90 日)	8	9	一、醫療費用點數 (慢性病床31-90日)。 二、住院超出30日以上，請將醫療費用點數依1-30日，31-90日，91-180日，181日以上，分別計算醫療費用點數。
△	d95	部分負擔點數(慢性病床 31-90 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床31-90日)。
△	d96	醫療費用點數(慢性病床 91-180 日)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床91-180日)。 二、住院超出30日以上,請將醫療費用點數依1-30日，31-90日，91-180日，181日以上，分別計算醫療費用點數。
△	d97	部分負擔點數(慢性病床 91-180 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床91-180日)。
△	d98	醫療費用點數(慢性病床 181 日以上)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床181以上)。 二、住院超出 30 日以上，請將醫療費用點數依 1-30 日，31-90 日，91-180 日，181 日以上，分別計算醫療費用點數。
△	d99	部分負擔點數(慢性病床 181 日以上)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床181日以上)。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d100	依附就醫新生兒出生 年月日	7	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 二、欄位IDd4 (部分負擔代號)為「903：健保IC卡新生兒依附註記方式就醫者」，本欄為必填欄位，且入院日期一本欄之日期應≤60日(99.7.14健保醫字第0990073049號公告「健保IC卡存放內容」及「健保IC卡資料上傳作業說明」，新生兒就醫依附註記，自出生起31天內延長至60天，並自99年10月1日起實施)。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明																				
△	d101	依附就醫新生兒胞胎註記	1	X	一、本項欄位 IDd100 有日期者，本欄為必填欄位。 二、單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示，如下表： (1)新生兒出生順序以英文 26 個字母之順序表示。 (2)英文大寫表示男性，英文小寫表示女性。 (3)依附就醫新生兒胞胎註記舉例說明如下： 單胞胎:男性填「A」，女性填「a」。 雙胞胎: 第 1 胎:男性填「A」，女性填「a」。 第 2 胎:男性填「B」，女性填「b」。依此類推。 <table><tr><th rowspan="2">新生兒 出生順序</th><th colspan="2">性別</th></tr><tr><th>男</th><th>女</th></tr><tr><td>1</td><td>A</td><td>a</td></tr><tr><td>2</td><td>B</td><td>b</td></tr><tr><td>3</td><td>C</td><td>c</td></tr><tr><td>4</td><td>D</td><td>d</td></tr><tr><td>5 <u>以上</u></td><td>E</td><td>e</td></tr></table>	新生兒 出生順序	性別		男	女	1	A	a	2	B	b	3	C	c	4	D	d	5 <u>以上</u>	E	e
新生兒 出生順序	性別																								
	男	女																							
1	A	a																							
2	B	b																							
3	C	c																							
4	D	d																							
5 <u>以上</u>	E	e																							

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d102	不適用Tw-DRGs案件 特殊註記	1	X	0:無(案件分類 5 者，本項次應為 0) 1:主診斷為癌症(C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、C96.A、C96.Z、09A.1、Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)、主診斷為性態未明腫瘤(D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6)案件 2:主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9)案件 3:MDC19、MDC20 之精神科案件 4:主或次診斷為愛滋病(B20)、凝血因子異常(D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4)案件 5:主或次診斷為衛生福利部公告之罕見疾病案件 6:試辦計畫、安寧療護案件(給付類別 9、A、M、D 或病患來源 N、C、R 者或欄位 IDd111「試辦計畫」欄位代碼 1、2、3、4、5、6 或醫令代碼 P4401B、P4402B、P4403B) 7:住院超過 30 日之個案(急性病床天數+慢性病天數>30 日) 8:案件分類改變之切帳申報(健保給付案件改為行政協助案件或行政協助案件間之案件分類改變或行政協助案件改為健保給付案件或健保給付案件間代碼改變或非健保給付案件改健保給付案件) 9:住院 30 日內未出院之切帳申報個案(如部分負擔代碼改變)，但仍為健保給付案件。申報本項註記者，欄位 IDd85(申請費用點數)欄位應為「0」，欄位 IDd24(轉歸代碼)應為「7:身分變更」或「2:繼續住院」，詳註 20 之範例 8-1。 A:因住院 30 日內切帳申報(如部分負擔代碼改變)，且出院(或未出院)之非 Tw-DRGs 案件

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					或>30 日未出院之非 Tw-DRGs 案件。申報本註記者，醫令清單應有醫令類別 B(部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料，醫令代碼必為「G00000~G00001」)、Z(部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令)之醫令，詳註 20 之範例 8-2-2。 B:其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件(案件分類應為行政協助案件之代碼或西醫基層診所住院案件) C:未實施之 Tw-DRGs 案件【欄位 IDd18 (Tw-DRGs 碼)欄位應為 Tw-DRGs 之代碼】 D:服務機構之服務機構代號改變【舊代號；如保險對象繼續住院者，「出院年月日」欄位免填，「轉歸代碼」欄位應填報 2(繼續住院)】或停約開始之切帳申報(出院日期在合約迄日當天或停約起日前一當天者) E: 服務機構之服務機構代號改變(新代號) 或停約屆滿之切帳申報(入院日在合約起日當天或停約迄日之次一日者) F:使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 5A15223)者 G:原應屬Tw-DRGs範圍暫以論量計酬方式申報者 J:執行搏動氣球植入術(費用年月103.07增訂) K:高危險生產疾病(費用年月103.07增訂) L:骨盆腔多器官重建手術之個案(費月年月104.01.01增訂) M:HTA論量申報(有HTA項目應填報本項註記，費用年月104.02.15增訂) N:同次住院多胎生產，一胎自然產，其餘胎數非自行要求改以剖腹產，以論量計酬方式申報(105.03.01增訂)

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					P:主要手術為健保不給付(費用年月107.03.01增訂)
△	d103	姓名	20	X	十個中文字(BIG-5碼),國民身分證上之姓名,冠夫姓者亦一併將夫姓填齊,如為外籍人士無中文姓名者,請輸入英文半形。
△	d104	矯正機關代號	10	X	請依「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」規定填報。
△	d107	轉入服務機構代號	10	X	欄位IDd16(病患來源)為代碼3(轉診)者,本欄為必填欄位,請填保險對象轉入之服務機構代號。
△	d108	轉往之醫事服務機構代號	10	X	欄位IDd24(轉歸代碼)為代碼6(安排至其他醫院)、D(醫院間轉急性後期照護)者,本欄請填保險對象轉往之服務機構代號
△	d109	實際提供醫療服務之醫事服務機構代號	10	X	一、請填衛生福利部編定之醫事機構代碼。 二、不同醫事服務機構代號間醫療費用採合併申報者,本欄為必填欄位。
△	d110	醫療服務計畫	1	X	代碼說明: K:收容對象醫療服務計畫(本代碼由IDd7「給付類別」欄位移列)。
△	d111	試辦計畫	1	X	代碼說明: 1:全民健康保險急性後期整合照護計畫-腦中風(106.06.26修訂) 2:全民健康保險急性後期整合照護計畫-燒燙傷(106.06.26增訂) 3:全民健康保險急性後期整合照護計畫-創傷性神經損傷(106.06.26增訂) 4:全民健康保險急性後期整合照護計畫-脆弱性骨折(106.06.26增訂) 5:全民健康保險急性後期整合照護計畫-心臟衰竭 (106.06.26增訂)

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					6:全民健康保險急性後期整合照護計畫- 衰弱高齡(106.06.26增訂) <u>C: Covid-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫(110.12.1增訂)</u>
*	d112	不計入醫療費用點數 合計欄位項目點數	8	9	一、醫令類別 K(<u>不計入醫療費用點數合計欄位項目</u>)點數加總。 二、若為 0，則填 0。

(三)醫令清單段

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	p1	醫令序	5	9	一、依同一保險對象申報之醫令順序編號。 二、最小值為1，請從1開始由小到大逐一依序編號。
*	p2	醫令類別	1	X	醫令類別代碼如下： 1:用藥明細 2:診療明細 3:特殊材料 4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料(參閱註 18) 7:代檢及轉檢 8:器官捐贈 A:Tw-DRGs 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001，且案件分類應為 5。 B:部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料，醫令代碼必為「G00000~G00001」。 C:急診治療起迄時間

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					D:被替代之健保給付特材項目 E: <u>尚未納入給付</u> 特材項目-未 <u>給付</u> F:特材項目-不符給付規定 G:專案支付參考數值 H:醫療科技評估(HTA)自費診療項目(104.02.15 新增) K:不計入醫療費用點數合計欄位項目(費用年月 108 年 7 月修訂) Z:部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令(該類醫令應計算至本次點數清單段之欄位 IDd66~欄位 IDd82 醫療費用)。 B、Z 之醫令類別應同時存在。 Y：器官捐贈來源之資訊，醫令代碼必為「Y00000」。 X：Tw-DRGs 支付通則六(六)得另行核實申報之項目，其點數不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。 (1)申報醫令類別 X，點數清單之案件分類必為 5。(不含支付通則六(六)2) (2)醫令代碼為 57114C、57115C、57116B 者,MDC 必為 14。 (3)該點數並依支付標準之各部章節 對應到醫療服務點數清單中欄位 IDd66~欄位 IDd82 及欄位 IDd86~欄位 IDd99 中。
*	p3	醫令代碼	12	X	一、填寫全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼或醫療服務給付項目及支付標準碼或特殊材料碼。 二、請按醫令代碼序依序申報,如係規律連續執行之醫令或同一醫令加成費用種類相同者,醫令請彙總列報。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					三、Tw-DRG 醫令代碼： 1.Tw-DRGs 支付內容「A00000~A00006」，每一個案均應申報： (1)A00000:相對權重 RW。 (2)A00001:標準給付額 SPR。 (3)A00002:該 Tw-DRG 幾何平均住院日。 (4)A00003:該 Tw-DRG 下限臨界點。 (5)A00004:醫療服務點數=清單段欄位 IDd83 點數(含醫令類別「Z:部分負擔代碼改變已切帳申報之醫療費用點數」－醫令類別 X 之醫療費用點數)。 (6)A00005:該個案住院醫療服務點數清單欄位 IDd14+欄位 IDd15 之急慢性病床天數。 (7)A00006:該 Tw-DRG 上限臨界點。 2.基本診療加成「A10000~A10003」，每一個案均應申報其中之一： (1)A10000:無加成「0」。 (2)A10001:醫學中心加成。 (3)A10002:區域醫院加成。 (4)A10003:地區醫院加成。 3.兒童加成率「A20000~A40003」，每一個案均應申報其中之一： (1)非 MDC15 內科系加成： A.A20000:非 MDC15 內科系無加成「0」。 B.A20001:非 MDC15 內科系<6 個月兒童加成。 C.A20002:非 MDC15 內科系>=6 個月,<2 歲兒童加成。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					D.A20003:非 MDC15 內科系≥ 2 歲,≤ 6 歲兒童加成。 (2)非 MDC15 外科系加成: A.A30000:非 MDC15 外科系無加成 0」。 B.A30001:非 MDC15 外科系< 6 個月兒童加成。 C.A30002:非 MDC15 外科系≥ 6 個月,< 2 歲兒童加成。 D.A30003:非 MD15C 外科系≥ 2 歲,≤ 6 歲兒童加成。 (3)MDC15 加成: A.A40000:MDC15 無加成「0」。 B.A40001:MDC15< 6 個月兒童加成。 C.A40002:MDC15≥ 6 個月,< 2 歲兒童加成。 D.A40003:MDC≥ 2 歲,≤ 6 歲兒童加成。 4.CMI 加成率 「A50000~A50003」, 每一個案均應申報其中之一: (1)A50000:CMI 值無加成「0」。 (2)A50001:CMI 值大於 1.1, 小於等於 1.2 加成。 (3)A50002:CMI 值大於 1.2, 小於等於 1.3 加成。 (4)A50003:CMI 值大於 1.3 加成。 5.山地離島加成「A60000~A60001」, 每一個案均應申報其中之一: (1)A60000:無山地離島加成。 (2)A60001:山地離島加成。 6.Tw-DRGs 支付定額「B00000」, 每一個案均應申報:

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					$B00000(Tw-DRGs \text{ 支付定額, 小數點下 1 位 4 捨 5 入, 取整數}) = A00000(\text{相對權重 } RW) \times A00001(\text{標準給付額 } SPR) \times (1 + \text{基本診療加成 } A10000 \sim A10003 \text{ 其中之一} + \text{兒童加成 } A20000 \sim A40003 \text{ 其中之一} + \text{CMI 加成率「} A50000 \sim A50003 \text{」其中之一} + \text{山地離島加成 } A60000 \sim A60001 \text{ 其中之一})$ 7. 上限臨界點「C00000~C00004」每一個案均應申報其中之一: (1) C00000: 無上限臨界點請填「0」 (當 A00000: 相對權重 RW 為「O」無權重時, 填此醫令) (2) C00001: 上限臨界點為 A00006 者。 (3) C00002: 上限臨界點以 TW-DRGs 支付定額(B00000)計算者。 A、實際醫療服點數(A00004)高於點數上限臨界點(A00006)。 B、且 Tw-DRGs 支付定額(B00000)高於上限臨界點(A00006), 但低於實際醫療服點數(A00004)。 (4) C00003: 不列入計算上限臨界點者, 請填「0」。 A、實際醫療服點數(A00004)高於點數上限臨界點(A00006)。 B、且 TW-DRGs 支付定額(B00000)高於上限臨界點(A00006)及高於或等於實際醫療服點數(A00004)。 (5) C00004: 無上限臨界點但有相對權重案件, 請填「0」。(費用年月 103.07.01 新增) 8. 邊際成本計算「D00000~D00003」(每一個案均應申報其中之一): (1) D00000(當支付型態非「1」時, 填此醫令): 無邊際成本請填「0」。 (2) D00001(當支付型態為「1」時, 填此醫令): 邊際成本(小數點下 1 位 4 捨 5 入, 取整數) = $【A00004 \text{ 醫療服務點數} - C00001 \text{ 或 } C00002 \text{ 上限臨界點}】 \times 0.8$。 (3) D00002: 不計算邊際成本, 當支付型態為「1」, 上限臨界點為 C00003 不列入計算上

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					限臨界點者，填此醫令，邊際成本請填「0」。 (4)D00003(當支付型態為「1」，填此醫令者，年齡、主診斷應符合支付通則六(三)1之規定)：邊際成本(小數點下1位四捨五入，取整數)=【A00004 醫療服務點數－C00001 或 C00002 上限臨界點】×1 9.Tw-DRGs 支付點數「E00000~E00005」，每一個案均應申報其中之一： (1)E00000 費用在上下限臨界點範圍內者=B00000 支付定額+D00000 無邊際成本 (2)E00001 費用高於上限臨界點者=B00000 支付定額+D00001 或 D00003 邊際成本或 D00002 不計算邊際成本 (3)E00002 費用低於下限臨界點核實申報者=A00004 醫療服務點數 (4)E00003 無權重之 Tw-DRGs 核實申報者=A00004 醫療服務點數 (5)E00004 該 Tw-DRGs 個案<20 核實申報者=A00004 醫療服務點數 (6)E00005 論日支付者=B00000 支付定額÷A00002 該 Tw-DRGs 幾何平均住院 × A00005 該個案住院醫療服務點數清單段欄位 IDd14 及 d15 之急、慢性病床天數；小數點下1位四捨五入，取整數。 10.Tw-DRGs 案件使用第二類得加計額外點數特殊材料「H00000~H00032」，每一個案均應申報其中之一；小數點下1位四捨五入，取整數： (1)H00000:無使用第二類得加計額外點數特殊材料者，請填「0」。 (2)H00011~H00014:不得加計額外點數者，請填「0」。 A.H00011:實際醫療費用點數(A00004)低於等於下限臨界點(A00003)者。 B.H00012:實際醫療費用點數(A00004)小於等於 Tw-DRGs 定額(B00000)者。 C.H00013:實際醫療費用點數(A00004)大於等於 Tw-DRGs 定額(B00000)，惟 Tw-DRGs 定額(B00000)大於上限臨界點(A00006)者。 <u>D.H00014:因無權重(Tw-DRGs 支付點數 E00003)或該 Tw-DRG 個案數<20(Tw-DRGs</u>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>支付點數 E00004) 核實申報者。</u> (3)H00021~H00022:實際醫療費用點數(A00004)大於 Tw-DRGs 定額 (B00000), 且實際醫療點數(A00004)小於等於上限臨界點(A00006)者, 額外加計點數以下列情況之一取低者: A.H00021:加計點數採打折後之新功能特材總點數。 B.H00022:加計定額至實際醫療點數差額之加成者=【實際醫療費用點數(A00004)-Tw-DRGs 定額(B00000)】× 加成比率。 (4)H00031~ H00032:實際醫療費用點數(A00004)大於上限臨界點(A00006), 且上限臨界點(A00006)大於定額(B00000)者, 額外加計點數以下列情況之一取低者: A.H00031:加計點數採打折後之新功能特材總點數。 B.H00032:加計定額至上限臨界點數差額之加成者=【上限臨界點(A00006)-Tw-DRGs 定額(B00000)】× 加成比率。 11.Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數)「F00000~F00001」, 每一個案均應申報其中之一: (1)「F00000」Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數) =E00000 或 E00001 或 E00005 + 醫令類別 X 之點數+「H00000~H00032」之點數—「J00001」之點數。 (2)F00001=E00002 或 E00003 或 E00004+醫令類別 X 之點數+「H00000~H00032」之點數 12.部分負擔代碼改變切帳申報, 出院時該次費用應申報醫令類別「B: 部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料」之下列 2 項醫令, 且醫令類別應另有「Z: 部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令」之醫令: (1)G00000:部分負擔代碼改變已切帳申報之個案資料。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					(2)G00001:部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數，如為免部分負擔者，點數請填「0」。 13.該筆醫令為「費用點數」者，該費用點數(例如 B00000、D00001、E00005)於計算後小數點下1位四捨五入，取整數。 14.器官捐贈來源資訊Y00000：申報心臟移植(68035B)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、肺臟移植(單側68037B、雙側68047B)、胰臟移植(75418B)、角膜移植(85213B)、深層前角膜移植(85215B)、角膜內皮移植(85216B)、角膜內皮移植(使用已分離之角膜；85217B)者，應填報器官捐贈來源資訊Y00000之醫令。 15.自費特材點數申報： J00001:所有醫令類別D(被替代之健保給付特材項目)之點數加總。 16.醫令代碼ISS(外傷嚴重度分數)之醫令類別填報G(專案支付參考數值)，另p11欄位為必填欄位。 四、虛擬醫令代碼903(同次住院由新生兒依附註記方式就醫，改以非依附註記方式就醫之費用拆2筆以上申報案件)，第2筆申報案件應填報p12「切帳前筆資料」，本項虛擬醫令請以醫令類別G(專案支付參考數值)填報。
*	p4	支付成數	6	X	1.本欄表示全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表規定之診療項目有加成或折扣者，按成數填報，整數3位，小數點需填報，取至小數點下二位，第三位四捨五入即999.99(如:加二成請輸入120.00,無加成為100.00,打八折為080.00)。若醫令類別為A(Tw-DRG醫令代碼必為A00000~F00001、H00000~H00032、J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、G(專案支付參考數值)、Y(器官捐贈來源之資訊)，則本

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					欄請填「000.00」。 2.醫令類別 H【醫療科技評估(HTA)自費診療項目】者，本欄請填 100.00(無加成)。
△	p5	藥品用量	7	9	一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入(註 23)。 二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。 三、請填藥品一次之劑量。 四、小數點需填寫，4 位整數，如 9999.99。
△	p6	(藥品)使用頻率	18	X	一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入(註 23)。 二、若醫令為精神科治療費、復健治療費、治療處置費、血液透析費、藥品等項目此欄為必填欄位。
△	p7	給藥途徑/作用部位	4	X	一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入(註 23)。 二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。
△	p8	會診科別	2	X	若醫令為會診費則本欄為必填欄位(請填會診科別)。
△	p9	病床號	10	X	<u>一、若醫令為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準病房費之編號、05216K、05217A、05218B【住院藥事服務費單一劑量處方(天)】，則本欄為必填欄位，並請填載保險對象實際入住之病床號。</u> <u>二、醫令代碼為 97005D(陰道生產)時本欄為必填欄位，助產所居家接生之病床號請填 HB。(111.6 月增訂)</u>
△	p10	診療之部位	18	X	一、若醫令代碼為註 19 之診療項目者，則本欄為必填欄位。 二、醫令代碼為 36006B、36009B、36010B、36011B、36012B、36013B、36020B、37007B、37008B、37010B、37011B、37018B、37019B、37028B、37029B(直線加速器放射診

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					療項目)者，本欄位為必填欄位，並請依下述註記擇一填報。 C:積極性放療。(109.07.01 起適用)。 Ph:複雜緩和性放療。 Pm:一般緩和性放療。 Pl:簡單緩和性治療。 三、醫令代碼為 83079B(高頻熱凝療法)者，本欄為必填欄位，請依註 19 規定填報。
△	p11	Tw-DRGs計算	13	9	一、若醫令類別為 A(Tw-DRGs 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001，且案件分類應為 5)或醫令類別 B(部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料，醫令代碼必為「G00000~G00001」)且醫令代碼為 G00001 時，則本欄為必填欄位。 二、如 99999999.9999。 三、醫令代碼 ISS，本欄為必填欄位。
△	p12	切帳前筆資料	21	X	一、醫令代碼為 G00000、903 者，本欄為必填欄位。 二、費用年月(第 1-5 碼)/申報類別(第 6 碼)/申報日期(第 7-13 碼)/案件分類(第 14-15 碼，若為 1 碼者左靠補「-」/流水號(第 16-21 碼)。
△	p13	器官捐贈者資料	28	X	一、醫令代碼為 Y00000 者，本欄為必填欄位。 二、境內捐贈: (一)捐贈者為本國國民身分證號或臺灣地區居留證或外僑居留證或遊民者:境內捐贈(第 1 碼填 0)/捐贈院所代號(第 2-11 碼)/捐贈日期(第 12-18 碼)/捐贈者 ID(第 19-28 碼)。 (二)捐贈者非二(一)者:境內捐贈(第 1 碼填 2)/捐贈院所代號(第 2-11 碼)/捐贈日期(第 12-18 碼)/捐贈者護照(第 19-28 碼;護照碼>10 碼者，取前 10 碼填報)。 三、境外捐贈(第 1 碼填 1)本欄請左靠不足補空白。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	p14	執行時間-起	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，採用 24 小時制，不足位者前補 0。例如早上 5 時，為 05，下午 3 時為 15。第 10、11 碼為分鐘，不足位者請補 0。例如 6 分鐘，為 06。 二、若醫令為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號之手術費(第二部第二章第七節、第三部第三章第四節第二項)、麻醉費(第二部第二章第十節)，須填寫至時分欄位;若醫令為病房費(第二部第一章第三節)、放射線診療費、復健治療(第二部第二章第四節第二項~第四項)、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補 0；若醫令類別為 A、B、Y 之醫令，則本欄為申報起日。 三、復健處置醫令下 PTS1...、OT1 等治療項目，本欄比照二之復健治療項目填至年月日。 四、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄應填至時分。
*	p15	執行時間-迄	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，採用 24 小時制，不足位者補 0 例如早上 5 時，為 05，下午 3 時為 15。第 10、11 碼為分鐘，不足位者前補 0。例如 6 分鐘，為 06。 二、若醫令為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號之手術費(第二部第二章第七節、第三部第三章第四節第二項)、麻醉費(第二部第二章第十節)，須填寫至時

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					分欄位;若醫令為病房費(第二部第一章第三節)、放射線診療費、復健治療(第二部第二章第四節第二項~第四項)、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補 0；若醫令類別為 A、B、Y 之醫令，則本欄為申報迄日。 三、復健處置醫令下 PTS1...、OT1 等治療項目，本欄比照二之復健治療項目填至年月日。 四、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄應填至時分。
*	p16	總量	7	9	一、小數點需填載，取至小數點下一位，第二位四捨五入，如 99999.9。 二、若醫令類別為 A(Tw-DRGs 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊)、G(專案支付參考數值)，本欄請填 0。 三、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄請核實填報。 四、若資料為 0，則填 0。
*	p17	單價	10	9	一、小數點需填載，取至小數點下二位，第三位四捨五入，如 9999999.99。 二、若醫令類別為 A(Tw-DRGs 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊)、G(專案支付參考數值)，本欄請填 0。 三、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄請核實填報。 四、若資料為 0，則填 0。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	p18	點數	8	9	一、總量乘單價,並加成計算，四捨五入取整數。 二、若醫令類別為 A(Tw-DRGs 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊)、G(專案支付參考數值)，本欄請填 0。 三、若資料為 0，則填 0。
△	p19	事前審查受理編號	13	X	一、請填事前申請書之受理編號。 二、請依實際受理編號填報，如受理編號為 10 碼，則填 10 碼，如為 11 碼，則填 11 碼，以此類推。 三、同一項目有 2 個事前審查受理編號者，請申報為 2 筆醫令。
△	p20	執行醫事人員代號	10	X	一、申報之醫令代碼為麻醉、居家照護、18005C、18006C、18033B、18037B、18041B、18043B、18044B、19001C、19002B、19003C、19004C、19005C、19007B、19008B、19009C、19010C、19011C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21010C、23503C、23504C、23506C、28040B、28041B、28042B、28043B、28044B、28016C、<u>67050B、67053B、74221B、75422B、75423B、75025B、75026B、75027B、75028B、75030B、75031B、75032B、75033B、75034B、75427B、75429B、75430B</u>，本欄為必填欄位。 一、請填醫令實際執行醫事人員國民身分證統一編號或外籍居留證號。
△	p21	影像來源	1	X	一、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號 P2101C、P2102C、P2103C、P2104C、P2105C、P2106C、P2107C、P2108C 者，本欄為必填欄位。 二、影像來源代碼如下：

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					1:複製片-由原檢查醫院提供 2:PACS 3:行政院衛生福利部全國醫療影像交換中心 4:複製片-由病患自費取得提供 9:其他
△	p22	就醫科別	2	X	一、請依申報說明註 5 規定填寫。 二、不足位者前補 0，如婦產科，為 05。 三、同日多科就醫案件，本欄為必填欄位。
△	p23	自費特材群組序號	3	9	一、同一組醫令類別 E(<u>尚未納入起付</u> 特材項目-未 <u>給</u> 付)與醫令類別 D(被替代之健保給付特材項目)需編相同群組序號。 二、序號請從 001 起編號。 三、醫令類別 D、E 及 F，本欄為必填欄位。 四、序號 800(非比照負壓隔離病床)、序號 888(未固定排班提供診療之會診、支援)、序號 900(比照負壓隔離病床)。
△	p24	未列項註記	1	X	一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。 二、依上述規定申報未列項目之醫療費用，本欄位為必填欄位，另本欄位有值者，欄位 IDp25「未列項名稱」欄位為必填欄位。 三、未列項註記代碼： 1:技術困難度比照。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					2:支付點數比照。 <u>3:機械手臂輔助手術項目比照。(111.1 月增訂)</u>
△	p25	未列項名稱	100	X	欄位 IDp24「未列項名稱」欄位有值者，本欄為必填欄位，填報方式如下： 一、醫學上統一認定/常用/共識等縮寫名稱者，請以英文大寫之縮寫名稱填報，非前述者，請以英文小寫填報。 二、同院所同一未列項目，本欄位應一致。 三、同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。 <u>四、未列項註記為 3 者，填報「Da Vinci assisted surgery」或「Hugo assisted surgery」。(111.1 月增訂)</u>
△	P26	委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號	10	X	欄位 IDp2「醫令類別」欄位代碼 7(代檢及轉檢)者，本欄為必填欄位
△	p27	藥品批號	20	X	1.使用血友病相關藥品(含 ATC 代碼 B02BX06 及 ATC 代碼前 5 碼為 B02BD)者，本欄為必填欄位。 2.英文大小寫或數字或符號「.」、「-」。

備註：

註 1:各項次資料請務必詳實填寫，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。

註 2:符號欄位「*」表示該欄為必填欄位。「△」表該欄位 ID 醫療服務申報者，為必填欄位，無資料者免填。英文字請一律用大寫填寫。

註 3: 欄位 IDd25~欄位 IDd44 主(次)診斷代碼及欄位 IDd45~欄位 IDd64 主(次)手術(處置)代碼之 ICD-9-CM，自費用年月 95 年 1 月份

起以 2001 年版，105 年 1 月 1 日(含；費用年月)起(「申報期間-迄」欄位填報值)，以 ICD-10-CM/PCS2014 年版為準。

註 4：部分負擔代號(共三碼)：

(1)各代碼說明如下：

- 代碼 000：應部分負擔者

●免部分負擔規定

- 代碼 001：重大傷病
- 代碼 011：住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內之重大傷病。
- 代碼 012：手術當次移植器官。(108.04.01 增訂)
- 代碼 013：手術當次摘除器官。(108.04.01 增訂)
- 代碼 002：分娩。

註：分娩免部分負擔之定義為保險對象妊娠週數大於或等於二十週或胎兒體重大於或等於五百公克，"當次" 分娩之診療相關費用，免部分負擔。

- 代碼 003：合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類保險對象)(協助衛生福利部辦理項目)。
- 代碼 004：榮民、榮民遺眷之家戶代表(第六類第一目之保險對象)(協助國軍退除役官兵輔導委員會辦理項目)。
- 代碼 005：經登記列管結核病患至衛生福利部疾病管制署公告指定之醫療院所就醫者(協助疾病管制署辦理項目)、行政協助無健保結核病患之醫療費用(協助疾病管制署辦理項目 96.7.9 健保醫字第 0960023163 號函增訂)。
- 代碼 006：勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者(協助勞工保險局辦理項目)。
- 代碼 007：山地離島地區之就醫(以入院日期判斷，88.7.17 增訂)。
- 代碼 008:經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者(僅當次轉診適用)。

- 代碼 009:本署其他規定免部分負擔者，如百歲人瑞持健保金卡就診者、921 震災。
- 代碼 901:國健署列管之第一代多氯聯苯(油症)患者(100.10.01 增訂；協助國民健康署辦理項目)
- 代碼 902：協助衛生福利部辦理三歲以下兒童醫療補助計畫（91.03.01 增訂）。
- 代碼 903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者（92.9 增訂）（協助衛生福利部辦理）。
- 代碼 904：行政協助愛滋病案件（95.3 增訂；協助疾病管制署辦理項目）。
- 代碼 906:內政部役政署補助替代役役男全民健康保險自行負擔醫療費用（102.01 起適用；協助內政部役政署辦理項目）。
- 代碼 907:原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者【104.11.01(含)起適用】。

• 代碼 908:代辦海洋委員會海巡署補助部分負擔(108.5.1 增訂)

• 代碼 909:代辦中央警察大學補助部分負擔(108.5.1 增訂)

• 代碼 910:代辦內政部消防署補助部分負擔(108.5.1 增訂)

• 代碼 911:代辦內政部空勤總隊補助部分負擔(108.5.1 增訂)

• 代碼 912:代辦內政部警政署補助部分負擔(108.5.1 增訂)

• 代碼 913:代辦國防部補助部分負擔(108.5.1 增訂)

• 代碼 914:行政協助法定傳染病通報隔離案件(109.11.26 健保醫字第 1090015895 號函)

• 代碼 915:代辦內政部移民署補助部分負擔(110.10.12 增訂)

(2)倘同一申報案件同時符合二項以上免部分負擔條件者，請依下列原則填寫：

- A.依全民健康保險法規定(健保法 94 條)職業災害(含職業傷害及職業病)優先填寫，即部分負擔代碼「006(勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者)」優先填寫。
- B.非為上開案件，則依全民健康保險法規定(健保法 48 條)免自行負擔者優先擇一適用填寫，包括重大傷病(部分負擔代碼：001)、分娩(部分負擔代碼：002)、預防保健服務(部分負擔代碼：009)及山地離島地區之就醫(部分負擔代碼：007)之部分。
- C.若非上開(A)(B)情形者，屬本署受委任或協助其他單位辦理醫療項目(即行政協助)之補助部分負擔者，再由上而下優先擇一適用填

寫（97.02.13 健保醫字第 0970001927 號函）。

註 5:就醫科別說明：

(1)保險對象住院中有二次以上轉就醫科別者，點數清單段之「就醫科別（欄位 IDd9）」欄位，請以出院時之科別填寫。

(2)為利專業審查分案需要，點數清單段之就醫科別（欄位 IDd9）及醫令清單段之就醫科別（欄位 IDp22）請按下列申報：

00:不分科 (96 年 1 月費用年月取消)	01:家醫科	02:內科	03:外科	04:小兒科
05:婦產科	06:骨科	07:神經外科	08:泌尿科	09:耳鼻喉科
10:眼科	11:皮膚科	12:神經科	13:精神科	14:復健科
15:整型外科	22:急診醫學科	23:職業醫學科 (96 年 7 月費用年月新增)	40:牙科	60:中醫科
81:麻醉科	82:放射線科	83:病理科	84:核醫科	2A:結核科
2B:洗腎科				

就醫科別次分類：

AA:消化內科	AB:心臟血管內科	AC:胸腔內科	AD:腎臟內科	AE:風濕免疫科	AF:血液腫瘤科
AG:內分泌科	AH:感染科	AI:潛醫科	BA:直腸外科	BB:心臟血管外科	BC:胸腔外科
BD:消化外科	CA:小兒外科	CB:新生兒科	DA:疼痛科	EA:居家護理	FA:放射診斷科
FB:放射腫瘤科學科	GA:口腔顏面外科	AJ:胸腔暨重症 加護	HA:脊椎骨科	AK:老人醫學科(費用 年月 104.05.01 起新增)	

註 6:住院期間保險對象身份變更者，如第一、二類被保險人(住院費用應部分負擔)變更為第五類保險對象(住院費用免部分負擔)時，

其住院費用自身份變更確定生效之日起，分段結清。

註 7:住院部分負擔比率請參考全民健康保險法之規定。

註 8:保險對象以相同疾病於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數應予合併計算。以國際疾病分類碼主診斷相同為同一疾病認定標準。

註 9:自費用年月 106 年 7 月 1 日起，凡屬繼續住院案件，除住院期間保險對象投保身分變更、30 天內急性腦血管疾病符合重大傷病、因適用支付標準項目或方案試辦計畫、涉總額結算費用歸屬及精神疾病嚴重病人強制住院等案件外，其醫療費用每次申報日數上限為 92 日（含）為，不足 92 日之案件，於出院時一次申報，俾提供較完整資料供審查參考。

註 10:分娩者免部分負擔，分娩引起之合併症或生產後當次住院併行其他治療，必須之相關診療費用亦免部分負擔。惟若係產前住院治療其他疾病而併行生產者，其費用應以生產日切割，並以繼續住院方式辦理，產前之醫療費用，應收繳部分負擔。

註 11：器官移植手術醫療費用申報：

(1)器官移植手術，捐贈者非本保險對象，且入住不同醫院，其醫療費用申報方式：

A.捐贈者非本保險對象，而受贈者為本保險對象，因入住不同醫院，其醫療費用應分別申報。捐贈者之就醫序填「IC98:非本保險保險對象之器官捐贈」，身分證字號及出生年月日均填捐贈者本人。至部分負擔仍應比照捐贈者為本保險之保險對象相關規定辦理。

B.捐贈者非入住區域醫院或醫學中心，其醫療費用申報時，醫令類別應填載「8:器官捐贈」並免申請跨表。

(2)器官捐贈者及接受器官移植者費用申報方式：

A.器官移植者完成移植時，不論器官捐贈者及接受器官移植者係在同家或不同家醫院實施手術，其器官摘取及移植之醫療費用請分開申報。

B.受贈者須舉證說明器官來源（於醫令清單欄位 IDp2（醫令類別）、欄位 IDp3（醫令代碼）、欄位 IDp13(器官捐贈者資料)填寫捐贈醫所代號、捐贈日期、捐贈者 ID 資料）。捐贈者須說明受贈者及受贈醫院名稱資料，並檢附病歷相關資料送審。

C.部分負擔應請依規定核實申報。

註 12:特約院所申報案件「主診斷代碼」欄位之填報值第一碼為 S 或 T (Injury、Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes) 者,則「次診斷代碼」欄位同時應有 External Cause of Morbidity 之任一編碼,前述不適用代碼 T15-T19、T36~T65、T67-T78、T82-T87、T88 (108.01.22 修訂)。

註 13:欄位 IDd17「就醫序號」填寫說明:

(1) 行政協助案件欄位 IDd1(案件分類)、欄位 IDd4(部分負擔代碼)、欄位 IDd17(就醫序號)之關聯表

欄位 ID 名稱 行政 協助單位	d1 案件分類	d4 部分負擔代號	d17 健保卡就醫序號	備註
勞保局	代碼 A1~AZ: A1: 一般案件 A2: 論病例計酬 A3: 特定案件 A4: 支付制度試辦計畫 (<u>C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計</u> 、乳癌、呼吸照護) AZ: 職業傷病住院膳食費	006: 勞工保險被保險人因職 業傷害或職業病就診 者	IC06: 行政協助職災病 患就診	1.A1~AZ 申報方式與健保給付案件相同。 (109.07.01 起取消適用) 2.乳癌醫療給付改善方案試辦方案病患來 源應為「N、C、R」。 3.呼吸照護試辦計畫,給付類別應為「9」。 4. <u>C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計</u> <u>畫,給付類別應為「M: 肝炎試辦計畫」。</u>
衛生福利部	代碼 B1~BZ: B1: 精神病嚴重病人送醫及強制住院案 件	009: 本署其他規定免部分負 擔者	IC08: 行政協助精神病 強制住院	病患來源應為「S」
疾病管制署	代碼 C1~CZ:		非健保保險對象者以	
	C1: AIDS 案件	904: 行政協助愛滋病案件	「IC09: 行政協助無健	欄位 IDd25 主診斷碼應為 B20 或 Z21
	<u>C4: 結核病案件</u>	<u>005: 行政協助無健保結核病</u> <u>案件</u>	保病患(結核病、愛滋病) 就醫」填入	

	<u>C5：法定傳染病通報且隔離案件</u>	<u>914:行政協助法定傳染病通報且隔離案件</u>		
--	------------------------	-----------------------------	--	--

(2)其他代碼:

~~IC89：符合無力繳納保費者(106.06.01 廢止)~~

IC98：非本保險保險對象之器官捐贈。

IC99：乳癌試辦定額費用獨立申報(93.1 增訂)。

ICB6：誤為委任（或行政協助）醫療項目申報案件改健保支付（99.06 增訂）。

M001~M999：居家輕量化 app 拍照健保卡(111.04 增訂)

V001~V999：虛擬健保卡試辦方案(111.04 增訂)

(3)異常代碼對照表：

異常代碼		異常原因
尚未取得就醫序號	已取得就醫序號	
A000	A001	讀卡設備故障
A010	A011	讀卡機故障
A020	A021	網路故障造成讀卡機無法使用
A030	A031	安全模組故障造成讀卡機無法使用
B000	B001	卡片不良（表面正常，晶片異常）
C000		停電
C001		例外就醫者(首次加保 1 個月內，補換發卡 14 日內)
D000	D001	醫療資訊系統(HIS)當機/ <u>電腦死當(無法開機)</u>
D010	D011	醫療院所電腦故障

E000		健保署資訊系統當機
E001		控卡名單已簽切結書
F000		醫事機構赴偏遠地區因無電話撥接上網設備 <u>之居家醫療照護</u>
Z000	Z001	<u>無法取得健保卡密碼</u>
G000		新特約 <u>60 日內</u>
H000		高齡醫師
F00B		居家輕量藍牙方案之離線認卡 <u>(無法過卡取得就醫序號)</u> (108.03.01 新增)
<u>J000</u>		<u>住院中執行床號變更/轉床及非手術、CT、MRI、PET 時，因辦理住院手續查驗其健保卡後歸還保險對象無法取得健保卡。</u>

說明：

- (1)在卡片取得就醫序號前，即發生異常，造成無法讀寫健保 IC 卡時，請使用「尚未取得就醫序號」欄位之異常代碼，作為該筆就診資料之就醫序號。
- (2)若已自卡片中取得就醫序號後，才發生異常，造成無法繼續讀寫健保 IC 卡時，請使用「已取得就醫序號」欄位之異常代碼，作為該筆就診資料之就醫序號。
- (3)若屬於「尚未取得就醫序號」之異常代碼，持卡人至更新機補登異常資料時，會更新其「最近一次就醫序號」(就醫類別為 01-08)及所有費用與次數之加總。
- (4)若屬於「已取得就醫序號」之異常代碼，持卡人至更新機補登異常資料時，僅會更新其所有費用與次數之加總。
- (5)服務機構經本署分區業務組輔導後，確實因故未能配合建置健保 IC 卡網路連線等作業，無法受理以健保 IC 卡就診者，可專案申請，經本署分區業務組同意後，以 H000 申報。

註 14：身分證統一編號、主治醫師代碼（10 碼）欄位說明及邏輯檢核(含本國人、外國人及遊民)

一、欄位內容說明

第 1 碼：區域碼(A~Z)

第 2 碼：性別

證件名稱	男	女
國民身分證	1	2
臺灣地區居留證	A	B
外僑居留證	C	D
遊民	Y	X
新式居留證號	<u>8</u>	<u>9</u>

第 3~9 碼：流水號

第 10 碼：檢查碼

二、區域碼轉成對應之二碼數字

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
10	11	12	13	14	15	16	17	34	18	19	20	21	22	35	23	24	25	26	27	28	29	32	30	31	33

三、檢查號碼計算規則

1. 第 1 碼依據上表轉換成二碼數字，第 2 碼若為英文字母（外籍或遊民）則依據上表轉換成二碼數字後取尾數。
2. 轉換後之數字，每一位數分別乘以特定數 1987654321，並取其相乘後之個位數相加 3. 若相加後之尾數=0，則檢查碼=0；尾數=其他，則檢查碼=10-尾數

四、範例說明

1. 本國人 A123456789（9 為正確之檢查碼）

A 1 2 3 4 5 6 7 8

↓

	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
*	1	9	8	7	6	5	4	3	2	1

(特定數)

	1	0	8	4	8	0	0	8	4	8
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(取個位數，不進位)

1+0+8+4+8+0+0+8+4+8=21

檢查碼=10-1=9

2.外國人或遊民 FA12345689 (9 為正確之檢查碼)

	F	A	1	2	3	4	5	6	8	
				↓						
	1	5	0	1	2	3	4	5	6	8
*	1	9	8	7	6	5	4	3	2	1

	1	5	0	7	2	5	6	5	2	8
	(取個位數，不進位)									
	1+5+0+7+2+5+6+5+2+8=41									
	檢查碼=10-1=9									

註 15：本署協助衛生福利部疾病管制署辦理結核病公務預算支付醫療費用項目規定，請詳閱「結核病公務預算支付醫療費用作業手冊」規定。本署行政協助衛生福利部國民健康署辦理該署列管第一代多氯聯苯中毒(油症)患者住院部分負擔醫療費用規定，請詳閱「補助第一代油症患者健康保險住院部分負擔醫療費用作業須知」規定。(100.10.01 增訂)

註 16：案件分類 6(安寧療護案件)申報說明：

- (1)欄位 IDd66-欄位 IDd82 分項費用欄位：以醫令清單醫令類別「4: 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」實際發生之醫療費用，按醫令代碼歸納至相對欄位中。
- (2)欄位 IDd83 醫療費用點數合計＝欄位 IDd66 至欄位 IDd82 之加總＝欄位 IDd86、d88、d90、d92、d94、d96、d98 之加總。
- (3)欄位 IDd84 部分負擔點數：應部分負擔者以實際發生之醫療費用計算＝欄位 IDd87、d89、d91、d93、d95、d97、d99 之加總。
- (4)欄位 IDd87、d89、d91、d93、d95、d97、d99 部分負擔之計算：依欄位 IDd86、d88、d90、d92、d94、d96、d98 之實際發生之醫療費用點數分別計算，所有案件均按住院部分負擔比率計算。
- (5)案件分類 6 定額費用及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準通則六得另行申報之特定診療項目，醫令類別請填「2:診療明細」，支付標準通則七得另行核實申報之藥物醫令類別為「1:用藥明細」，實際醫療費用之醫令類別請填「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。

(6)其他欄位比照現行申報方式。

註 17：急診轉住院之案例，未強制須合併住院案件申報；惟服務機構若將當次急診轉住院個案合併住院申報者，其點數清單段之欄位 IDd10「入院年月日」，自 99 年 1 月起(費用月份)，則以急診就醫年月日為「入院年月日」(98.10.20 健保醫字第 0980059617 號函)。

註 18:採論病例計酬、定額給付案件，其含括於定額費用內之實際施行的診療項目，請以醫令類別 4（不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或特材）填報。

註19:治療處置、手術、檢驗(查)加註診療之部位醫令代碼一覽表

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
全膝關節置換術	64202B	人工全膝關節再置換	R:右側
	64164B	全膝關節置換術	L:左側
全股關節置換術	64201B	人工全髖關節再置換	B:雙側
	64162B	全股關節置換術	
白內障手術	86007C	水晶體囊外（內）摘除術	R:右側
	86008C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術	L:左側
	86011C	人工水晶體植入術－第一次植入	B:雙側
	86012C	人工水晶體植入術－第二次植入	
	86013C	人工水晶體植入術－調整術	
尿路結石體外震波碎石術	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次	
	50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次	

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
電腦斷層造影	33070B	無造影劑-全身型	H:頭部 A:頸部 F:頭頸部 U:胸部 N:頸椎 J:胸椎 K:腰椎 G:胸部及上腹部 C:上腹部 I:腹部 (含骨盆腔)(99.3修訂) P:骨盆腔 E:肢部 Q:臂神經血管叢 M:骨骼肌肉系統 V:心血管系統 S:MRS(磁振頻譜) T:MRA(磁振血管攝影) O:其他 B:薦椎 D:周邊神經 依實施部位填寫左靠，不足補空白，例如頸椎及胸椎則填NJ，最多申報六個部位。
	33071B	有造影劑-全身型	
	33072B	有/無造影劑-全身型	
磁振造影	33084B	無造影劑	
	33085B	有造影劑	
正子造影	26072B	全身	
	26073B	局部	
高頻熱凝療法	83079B		

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
藥物	KC00879205	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	R:右側
	KC00990288	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	L:左側
	KC008792FM	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	B:雙側
	K000938248	AFLIBERCEPT-注射劑2.00MG	
	KC00936248	AFLIBERCEPT-注射劑2.00MG	
	BC23479235	VERTEPORFIN-注射劑-15MG	
	BC25360200	DEXAMETHASONE-眼內植入劑-0.7MG	
	FAV02PERFR1Z	佛朗惜眼補眼卡液	
	FAV02PERFRA1	愛爾康普弗隆液	
	FAV03SL1258A	阿拉美迪眼用純矽油	
	FAV03SLRS77A	阿基米矽利康油及其配件	
	FAV03SLS571Z	佛朗惜眼補利服矽油	

註 20:案件分類 5(Tw-DRGs)、部分負擔代碼改變切帳申報，詳如範例。

註 21:同醫院急診當次轉住院案件，原則分開申報，該筆急診案件以門診醫療費用申報格式申報，惟 DRG 案件由醫院依急診之診療項目與住院之 DRG 相關性(如下列)辦理，合併於住院案件申報或分開於門診案件申報。

- (1)當次急診之診療項目如全部與 DRG 無關，以門診醫療費用點數申報格式申報。
- (2)當次急診之診療項目如部分與 DRG 相關，與 DRG 相關之診療項目併住院申報，其餘以門診醫療費用點數申報格式申報。
- (3)當次急診之診療項目如全部與 DRG 相關，併住院申報。

註 22:轉歸代碼之代碼說明:

代碼	適用說明
----	------

代碼	適用說明
1:依醫囑出院	個案依醫囑出院，費用申報醫院未有安排個案後續門診追蹤情況適用。
F:因療程需要計劃性出院	1.個案因診治需要，於本次出院時，醫院已安排下次入住醫院時間。如個案於 106 年 10 月 12 日因治療暫告完成，出院時已安排個案 107 年 1 月 2 日再度入院治療者，則出院轉歸代碼填本項代碼。 2.個案因診治需要，本次出院雖暫入住機構，但已安排再度住院時間者。

註 23:全民健康保險藥品使用標準碼(修訂日期：106.03.22)

編碼之原則：

- 1.藥品用量：以全民健康保險藥品之核價單位【每錠、每支、每瓶、每包或每公克(毫克)、每毫升】為用量單位。填藥品一次之劑量。
- 2.藥品使用頻率：依一般使用頻率分為以下 4 部分(格式文字部分皆為英文大寫，請左靠不足補空白)

(1)非每日常規使用頻率

QW(x,y,z...):每星期 x，y，z...使用(x、y、z=1,2,3...)

yWzD:每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

MCDxDy:月經第 x 天至第 y 天使用(x、y=1,2,3...)

QOD:隔日使用 1 次

QxD:每 x 日 1 次(x=2,3,4,...)

QxW:每 x 星期 1 次(x=1,2,3,4,...)

QxM:每 x 月 1 次(x=1,2,3,4,...)

QW:每星期 1 次

BIW:每星期 2 次

TIW:每星期 3 次

STAT:立刻使用

ASORDER:依照醫師指示使用

(2)每日常規使用頻率

QxH:每 x 小時使用 1 次($x=1,2,3,4,\dots$)

QxMN:每 x 分鐘使用 1 次($x=1,2,3,4,\dots$)

QD:每日 1 次

QDAM:每日 1 次上午使用

QDPM:每日 1 次下午使用

QDHS:每日 1 次睡前使用

QN:每晚使用 1 次

BID:每日 2 次

QAM&HS:上午使用 1 次且睡前 1 次

QPM&HS:下午使用 1 次且睡前 1 次

QAM&PM:每日上下午各使用 1 次

TID:每日三次

BID&HS:每日 2 次且睡前 1 次

QID:每日 4 次

HS:睡前 1 次

TID&HS:每日 3 次且睡前 1 次

(3)服用時間

AC:飯前

ACxH:飯前 x 小時使用($x=1,2,3,4,\dots$)

ACxM:飯前 x 分鐘使用($x=1,2,3,4,\dots$)

PC:飯後

PCxH:飯後 x 小時使用($x = 1, 2, 3, 4, \dots$)

PCxM:飯後 x 分鐘使用($x = 1, 2, 3, 4, \dots$)

(4)PRN 需要時使用

PRN:需要時使用

QxHPRN:需要時每 x 小時使用 1 次($x = 1, 2, 3, 4, \dots$)

3.給藥途徑/作用部位：

AD:右耳

AS:左耳

AU:每耳

ET:氣切內

GAR:漱口用

HD:皮下灌注

ID:皮內注射

IA:動脈注射

IE:脊髓硬膜內注射

IM:肌肉注射

IV:靜脈注射

IP:腹腔注射

IPL:胸膜內注射

ICV:腦室注射

IMP:植入

INHL:吸入

IS:滑膜內注射
IT:椎骨內注射
IVA:靜脈添加
IVD:靜脈點滴滴入
IVI:玻璃體內注射
IVP:靜脈注入
LA:局部麻醉
LI:局部注射
NA:鼻用
OD:右眼
ORO:口咽直接用藥(如噴劑、塗抹)
OS:左眼
OU:每眼
PO:口服
SC:皮下注射
SCI:結膜下注射
SKIN:皮膚用
SL:舌下
SPI:脊髓
RECT:肛門用
TOPI:局部塗擦
TPN:全靜脈營養劑
VAG:陰道用

IRRI: 冲洗

EXT: 外用

XX: 其他