

# 「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」

## (XML 檔案格式)

版更日期：107.7.11

媒体格式

### (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"10" 門診醫療服務點數申報資料格式代碼。
*	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	西醫一般案件申請件數	6	9	案件分類01(西醫一般案件)之申請件數加總。
△	t8	西醫一般案件申請點數	10	9	案件分類01申請點數加總。
△	t9	西醫專案案件申請件數	6	9	詳註3(1)。
△	t10	西醫專案案件申請點數	10	9	詳註3(1)。
△	t11	洗腎案件申請件數	6	9	案件分類05(洗腎)之申請件數加總。
△	t12	洗腎案件申請點數	10	9	案件分類05(洗腎)之申請點數加總。
△	t13	精神疾病社區復健申請件數	6	9	案件分類A2(精神疾病社區復健)之申請件數加總。
△	t14	精神疾病社區復健申請點數	10	9	案件分類A2(精神疾病社區復健)之申請點數加總。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	t15	結核病申請件數	6	9	案件分類06(結核病)、C4(行政協助無健保結核病患就醫案件)之申請件數加總。
△	t16	結核病申請點數	10	9	案件分類06(結核病)、C4(行政協助無健保結核病患就醫案件)之申請點數加總。
△	t17	西醫申請件數小計	8	9	欄位IDt7、t9、t11、t15之加總。
△	t18	西醫申請點數小計	10	9	欄位IDt8、t10、t12、t16之加總。
△	t19	牙醫一般案件申請件數	6	9	案件分類11(牙醫一般案件)之申請件數加總。
△	t20	牙醫一般案件申請點數	10	9	案件分類11(牙醫一般案件)之申請點數加總。
△	t21	牙醫專案案件申請件數	6	9	非案件分類11(牙醫一般案件)之牙醫案件及案件分類B7案件之申請件數加總。
△	t22	牙醫專案案件申請點數	10	9	非案件分類11(牙醫一般案件)之牙醫案件及案件分類B7案件之申請點數加總。
△	t23	牙醫申請件數小計	8	9	欄位IDt19、t21之加總。
△	t24	牙醫申請點數小計	10	9	欄位IDt20、t22之加總。
△	t25	中醫一般案件申請件數	6	9	案件分類21(中醫一般案件)之申請件數加總。
△	t26	中醫一般案件申請點數	10	9	案件分類21(中醫一般案件)之中醫申請點數加總。
△	t27	中醫專案案件申請件數	6	9	非案件分類21(中醫一般案件)之中醫申請件數加總。
△	t28	中醫專案案件申請點數	10	9	非案件分類21(中醫一般案件)之中醫申請點數加總。
△	t29	中醫申請件數小計	8	9	欄位IDt25、t27之加總。
△	t30	中醫申請點數小計	10	9	欄位IDt26、t28之加總。
△	t31	預防保健申請件數	6	9	案件分類A3(預防保健)、 <u>及D2(行政協助65歲以上老人流行性感</u> <u>冒疫苗及兒童常規疫苗</u> <u>接種)</u> <u>及DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)</u> 之申請件數加總。
△	t32	預防保健申請點數	10	9	案件分類A3(預防保健)、 <u>及D2(行政協助65歲以上老人流行性感</u> <u>冒疫苗及兒童常規疫苗</u> <u>接種)</u> <u>及DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)</u> 之申請點數加總。
△	t33	慢性病連續處方調劑申	6	9	案件分類08(慢性病連續處方調劑)、28(中醫慢性病連續處方調劑)、 <u>E3(愛滋病確診服藥滿</u>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
		請件數			<u>2年後案件之慢性病連續處方再調劑</u> 之申請件數加總。
△	t34	慢性病連續處方調劑申請點數	10	9	案件分類08(慢性病連續處方調劑)、28(中醫慢性病連續處方調劑)、 <u>E3(愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑)</u> 之申請點數加總。
△	t35	居家照護申請件數	6	9	案件分類A1(居家照護)、A5(安寧居家療護)、A6(護理之家居家照護)、A7(安養、養護機構院民之居家照護)之申請件數加總。
△	t36	居家照護申請點數	10	9	案件分類A1(居家照護)、A5(安寧居家療護)、A6(護理之家居家照護)、A7(安養、養護機構院民之居家照護)之申請點數加總。
*	t37	申請件數總計	8	9	一、若0者，請填0。 二、本欄為欄位IDt13、t17、t23、t29、t31、t33及t35之申請件數加總。
*	t38	申請點數總計	10	9	一、若0者，請填0。 二、不含部分負擔費用。 三、本欄為欄位IDt14、t18、t24、t30、t32、t34及t36之申請點數加總。
△	t39	部分負擔件數總計	8	9	申報點數清單段有部分負擔件數之加總。
△	t40	部分負擔點數總計	10	9	申報點數清單段有部分負擔點數之加總。
△	t41	本次連線申報起日期	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。
△	t42	本次連線申報迄日期	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。

(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
*	d1	案件分類	2	X	<p>一、詳註11、註19。</p> <p>二、不足位者前補0，例如西醫一般案件為01。</p> <p>三、案件分類代碼：</p> <p>01:西醫一般案件 02:西醫急診            03:西醫門診手術 04:西醫慢性病            05:洗腎 06:結核病            08:慢性病連續處方調劑            09:西醫其他專案            11:牙醫一般案件            12:牙醫急診            13:牙醫門診手術            14:牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案            15:牙周統合照護(配合 99.01.12 健保醫字第 0990071960 號公告新增)            16:牙醫特殊專案醫療服務項目            19:牙醫其他專案            21:中醫一般案件            22:中醫其他專案            23:中醫現代科技加強醫療服務方案 (93.7 增訂)            24:中醫慢性病            25:中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 (92.5 增訂)            28:中醫慢性病連續處方調劑 (88.9 增訂)            29:中醫針灸、傷科及脫臼整復            30:中醫特定疾病門診加強照護(102.03.01 新增)</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					A1:居家照護 A2:精神疾病社區復健 A3:預防保健 A5:安寧居家療護 A6:護理之家居家照護 A7:安養、養護機構院民之居家照護(88.1 增訂) B1:行政協助性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫(97.6 增訂) B6:職災案件(91.1 增訂) B7:行政協助門診戒菸(91.9 增訂) B8:行政協助精神病人強制處置(92.6 增訂) B9:行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫(94.2 增訂) BA:愛滋防治治療替代治療計畫(99.12 新增) C1:論病例計酬案件 C4:行政協助無健保結核病患就醫案件(96.7 增訂) D1:行政協助愛滋病案件(94.2 起行政協助) D2:行政協助 <u>65歲以上老人流行性感</u> <u>冒疫苗及兒童常規疫苗</u> 接種 (95.1 起行政協助) D4:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案(90.7 增訂) E1:醫療給付改善方案及試辦計畫(90.10 增訂) <u>DF:代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑(104.9.17 增訂)</u> <u>E2:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件(106.2.4 增訂)</u> <u>E3:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑(106.2.4 增訂)</u>
*	d2	流水編號	6	9	一、依案件分類之類別分別連續編號。 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	特定治療項目代號(一)	2	X	一、慢性病之特定治療項目代號，先依全民健康保險醫療辦法之附表:全民健康保險慢性

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					疾病範圍(特定診療項目代號)編碼填寫，餘請依註5之編碼填寫(如無註5所列舉之內容，則免填)，屬試辦計畫之特定治療項目代號填報順序如註5(2)。 二、慢性病連續處方調劑案件請依註5及註7(3)規定填報本項欄位，如註5無代號編列者，本欄免填。
△	d5	特定治療項目代號(二)	2	X	同上
△	d6	特定治療項目代號(三)	2	X	同上
△	d7	特定治療項目代號(四)	2	X	同上
*	d8	就醫科別	2	X	一、依註13代碼填寫。 二、填寫保險對象實際就醫科別。 三、屬整合性照護計畫個案，請擇當日就醫之第1科別填寫。
*	d9	就醫日期	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、填保險對象實際就醫日期。 三、居家照護案件，填該月第一次訪視日期。 四、餘請參考註6及註22之說明填載。
△	d10	治療結束日期	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、參考註6及註22之說明填載。 三、同一療程、排程檢查、或慢性病連續處方箋調劑(案件分類08、28)案件，本欄為必填欄位。 四、同一療程案件： (1)療程未跨月實施：填「療程治療之迄日」。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					(2)療程跨月實施：填「該月療程之迄日」。 五、排程檢查案件：填「檢查當天日期」。 六、居家照護案件：填該月最後一次訪視日期。 七、接受他院所委託轉(代)代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填轉(代)代(轉)案件之檢驗日期。
*	d11	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、出生年月日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。
*	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8。
△	d12	補報原因註記	1	X	一、申報類別(欄位IDt5)為補報(2)者，本欄為必填欄位。補報原因註記代碼如下： 1:補報整筆案件。 2:補報部分醫令或醫令差額。 二、申報類別(欄位IDt5)為送核(1)案件，本欄免填。(98.7) 三、詳註23。
△	d13	整合式照護計畫註記	1	X	A:醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫之失智症或高齡多重慢性病患罹患2種以上疾病特殊對象整合模式(105.01.01文字修訂)。 B:醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫之三高疾病罹患2種以上者特定疾病整合模式(105.01.01文字修訂)。 D:醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫之失智症、重大傷病、罕病或三高及高齡多重慢性病患罹患2種以上疾病之主責照護整合模式(限地區醫院內科、家醫科申報)。(105.01.01文字修訂)。 E:醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫之其他整合模式。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p><u>F:醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫之重大傷病或罕病患者之整合模式(105.01.01增訂)</u></p> <p><u>G:醫院以病人為中心門診整合照護計畫之罕病或重大傷病整合門診-同診間多科醫師共同照護(105.01.01增訂)</u></p> <p><u>K:醫院以病人為中心門診整合照護計畫之高齡醫學或失智整合門診病-同診間多科醫師共同照護(104.01.01增訂)</u></p> <p><u>L:醫院以病人為中心門診整合照護計畫之三高疾病整合門診-同診間多科醫師共同照護(104.01.01增訂)</u></p> <p><u>M:醫院以病人為中心門診整合照護計畫之其他整合門診-同診間多科醫師共同照護(104.01.01增訂)</u></p> <p><u>N:全民健康保險燒燙傷-急性後期整合照護計畫(104.09.09增訂)</u></p> <p><u>1:腦中風-急性後期計畫(106.6.26增訂)</u></p> <p><u>3:創傷性神經損傷-急性後期計畫(106.6.26增訂)</u></p> <p><u>4:脆弱性骨折-急性後期計畫(106.6.26增訂)</u></p> <p><u>5:心臟衰竭-急性後期計畫(106.6.26增訂)</u></p> <p><u>6:衰弱高齡-急性後期計畫(106.6.26增訂)</u></p>
△	d14	給付類別	1	X	<p>一、給付類別代碼如下：</p> <p>1:職業傷害 2:職業病</p> <p>3:普通傷害 4:普通疾病</p> <p>8:天然災害(88.9增訂，<u>目前暫停使用</u>)</p> <p>9:呼吸照護(89.7增訂)</p> <p>A:天然災害-巡迴(98.8增訂，<u>目前暫停使用</u>)</p> <p>B:天然災害-非巡迴(98.8增訂，<u>目前暫停使用</u>)</p> <p><u>D:起雲劑(100.6.2增訂)</u></p>



符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p><u>Y:八仙樂園粉塵暴燃事件(104.6.27 增訂)</u>  <u>Z:高雄市氣爆事件(103.07.31 增訂)</u>            二、預防保健案件免填。</p>
*	d15	部分負擔代號	3	X	<p>一、依註10之編碼原則填寫。            二、慢性病連續處方調劑及預防保健，請填009。  <u>三、三→接受他院所委託轉(代)代(轉)醫療服務案件，請填009。</u>  <u>三→四、案件分類E2、E3請填904(行政協助愛滋病案件)</u></p>
△	d16	轉診(檢)→代檢或、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記	2	X	<p>一、本欄有填載註記者，欄位IDd17「轉診(檢)、代檢或處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」為必填欄位。            二、轉診(檢)、代檢或處方調劑或特定檢查資源共享案件註記：            1:保險對象本次就醫係由他院轉診而來            2:慢性病連續處方調劑            3:本次就醫處方有轉檢者            4:本次就醫處方有代檢者            5:本次申報為受理他服務機構轉檢項目            6:本次申報為受理他服務機構代檢項目            7: <u>全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請支付標準特定檢查資源共享試辦計畫-原檢查醫院提供</u>            8: <u>全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請支付標準特定檢查資源共享試辦計畫-第2次處方醫院</u>  <u>C6:中醫醫療資源不足地區巡迴醫療計畫(原名:無中醫鄉巡迴醫療)之轉診(106.10 增訂)</u>  <u>G5:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療之轉診(106.10增訂)</u>  <u>G9:全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之轉診(106.10增訂)</u></p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p><u>F3:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團(原名:牙醫師無牙醫鄉巡迴醫療服務)之轉診(106.10增訂)</u></p> <p><u>FT:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫-社區醫療站之轉診(106.10增訂)</u></p> <p><u>JA:收容對象醫療服務計畫-矯正機關內門診之轉診(106.10增訂)</u></p> <p>三、<u>C6、G5、G9、F3、FT、JA限由原院所於計畫服務區域執行醫療服務轉回原院所時填寫</u></p> <p><u>四、如同次就醫之處方，有上述情形之任一種(不含)以上者，上開代碼請由上而下，擇一代碼填寫。</u></p>
*	d17	轉診 <del>(檢)</del> 、 <del>代檢或</del> 、 <u>處方調劑或特定檢查資源共享</u> 案件之服務機構代號	10	X	<p>一、欄位IDd16「轉診<del>(檢)</del>、<del>代檢或</del>處方調劑<u>或特定檢查資源共享</u>案件註記」欄位有值者，本欄為必填欄位。</p> <p>二、欄位IDd16註記1者，依轉診單中之轉介服務機構代號填入。</p> <p>三、欄位IDd16註記2者，填原處方服務機構代號。</p> <p><del>四、欄位IDd16註記3或4者，填寫執行檢查之服務機構代號。</del></p> <p><del>五、欄位IDd16註記5或6者，填處方服務機構代號。</del></p> <p><u>四六、欄位IDd16註記7者，請填第2次處方醫院之服務機構代號。</u></p> <p><u>五七、欄位IDd16註記8者，請填原檢查醫院之服務機構代號。</u></p> <p><del>六六、慢性B、C型肝炎治療試辦計畫規定之保險對象於試辦計畫收案期間，至登錄收案醫院門診接受B型、C型肝炎疾病診療，依規定視同轉診之案件，本欄請填自身之服務機構代號。</del></p> <p><del>九、欄位IDd16註記1與欄位IDd18代碼Y有服務機構代號可供填報欄位IDd17時，請以欄位IDd16之醫事機構為優先填報本項欄位。</del></p> <p><u>七半、無者填“N”。</u></p> <p><u>八、欄位IDd16註記C6、G5、G9、F3、FT、JA任一者，本欄可和申報費用機構代號「t2醫事機構代號」相同。</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d18	病患是否轉出	1	X	一、保險對象是否轉出代碼： Y:是(保險對象經診斷後需轉出) N:否 N:慢性病連續處方調劑 二、代碼為Y者，如服務機構知曉保險對象後續治療之服務機構代號，請於欄位IDd55「轉往之醫事服務機構」17[轉診(檢)、代檢或處方調劑案件之服務機構代號]填寫該服務機構代號。
△	d19	主診斷代碼國際疾病分類碼(一)	9	X	一、西醫、中醫國際疾病分類號碼，請按傷病名稱核實填寫(詳註4)。 二、預防保健案件本欄為非必填欄位。 三、「小數點」免填。
△	d20	次診斷代碼國際疾病分類碼(一二)	9	X	「小數點」免填。
△	d21	次診斷代碼國際疾病分類碼(二三)	9	X	「小數點」免填。
△	d22	次診斷代碼國際疾病分類碼(三四)	9	X	「小數點」免填。
△	d23	次診斷代碼國際疾病分類碼(四五)	9	X	「小數點」免填。
△	d24	主手術(處置)代碼	9	X	一、主手術代碼。 二、預防保健、慢性病連續處方調劑及中醫案件，免填。
△	d25	次手術(處置)代碼(一)	9	X	次手術代碼。
△	d26	次手術(處置)代碼(二)	9	X	同上
△	d27	給藥日份	2	9	一、慢性病連續處方調劑，請依連續處方箋上所列給藥日份填寫。 二、預防保健案件本欄為非必要欄位。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					三、同一療程案件，如療程中不同次就醫有開藥者，本項欄位依合併申報或按月分別申報，為各次開藥最高日數加總。
△	d28	處方調劑方式	1	X	<p>一、處方調劑方式代碼：</p> <p>0:自行調劑 1:交付調劑</p> <p>2:未開(藥品)處方</p> <p>6:符合藥事法第102條規定無藥事人員執業之偏遠地區或緊急急迫情形之自行調劑</p> <p>A:藥品自行調劑,物理(或職能)治療自行執行</p> <p>B:藥品自行調劑,物理(或職能)治療交付執行</p> <p>C:藥品交付調劑,物理(或職能)治療自行執行</p> <p>D:藥品交付調劑,物理(或職能)治療交付執行</p> <p>E:未開處方調劑,物理(或職能)治療自行執行</p> <p>F:未開處方調劑,物理(或職能)治療交付執行</p> <p>二、符合代碼6規定者,如有物理治療業務者,仍各依該代碼申報。</p> <p>三、醫藥分業實施地區,其代碼應為0、1、2、6。</p> <p>四、慢性病連續處方調劑及中醫案件,本欄免填。</p> <p>五、預防保健案件,本欄為非必填欄位。</p>
*	d29	就醫序號	4	X	<p>一、填健保IC卡規定之就醫序號,四碼流水號例如:0001。</p> <p>二、預防保健案件填「IC+預防保健之服務時程代碼」,詳註9及9-1。</p> <p>三、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者,請依慢性病連續處方箋上調劑<del>紀</del>紀錄欄之序號填IC02(第2次)或IC03(第3次)或IC04(第4次)。</p> <p>四、同一序號如有重複申報,僅支付實際於健保卡註記之服務機構。</p> <p>五、接受他院所委託<del>轉(代)代(轉)</del>檢醫療服務案件,本欄請填原處方之就醫序號。</p>
*	d30	診治醫事人員代號	10	X	<p>一、醫師或原處方醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號。</p> <p>二、居家照護案件本欄請填該月第一次訪視人員身分證號。</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>三、屬案件分類D1（行政協助愛滋病案件）之愛滋病指定醫院接受其他指定醫院釋出之慢性病連續處方箋調劑案件，本欄請填「N」。</p> <p>四、接受他院所委託<del>轉（代）代（轉）</del>檢醫療服務，如處方開立醫師未提供其國民身分證統一編號，得以處方開立醫師之醫事服務機構代號替代填寫本欄位。</p> <p>五、參閱註22之（1）B填載。</p>
△	d31	藥師代號	10	X	<p>一、調劑藥師之國民身分證統一編號，外籍居留證號。</p> <p>二、院所聘有藥師且處方經藥師調劑者，本欄為必填欄位。</p> <p>三、接受他院所委託<del>轉（代）代（轉）</del>檢醫療服務案件，本欄請填檢驗師之國民身分證統一編號。</p> <p>四、醫師親自調劑案件，本項欄位請填載醫師之國民身分證統一編號，外籍居留證號。</p>
△	d32	用藥明細點數小計	8	9	<p>一、本項費用為醫令清單段醫令類別為1（用藥明細）點數（欄位IDp12）之小計。</p> <p>二、如為交付調劑之藥品費用，不得併入「用藥明細點數小計」計算。</p> <p>三、西醫一般案件及中醫案件【不含案件分類30（中醫特定疾病門診加強照護）】，請依給藥日份計算用藥申報點數。</p> <p>四、論病例計酬、呼吸照護之居家照護、乳癌案件、南投縣信義鄉暨仁愛鄉精神疾病醫療給付效益提升計畫：加總醫令類別4且醫令代碼長度為10碼且調劑方式為0之點數。</p>
△	d33	診療明細點數小計	8	9	<p>一、本項費用為醫令清單段醫令類別為2（診療明細）點數（欄位IDp12）之小計。</p> <p>二、論病例計酬、呼吸照護之居家照護、乳癌案件、肺結核案件、南投縣信義鄉暨仁愛鄉精神疾病醫療給付效益提昇計畫：加總醫令類別4且醫令代碼長度不為10碼及12碼之點數。</p>
△	d34	特殊材料明細點數小計	8	9	<p>一、本項為醫令清單段欄位IDp3之醫令類別為3（特殊材料）點數（欄位IDp12）之小計。</p> <p>二、論病例計酬、呼吸照護之居家照護、乳癌案件、肺結核案件、南投縣信義鄉精神疾病醫療給付效益提昇計畫：加總醫令類別4且醫令代碼為12之點數。</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d35	診察費項目代號	12	X	一、填寫全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號。 二、預防保健、洗腎、慢性病連續處方調劑案件，本欄免填。 三、同一案件有多筆診察費項目者，本欄免填。
△	d36	診察費點數	8	9	一、單筆或多筆診察費之填報，詳註24。 二、預防保健、洗腎、慢性病連續處方調劑案件，本欄免填。 三、本項為醫令清單段欄位IDp3醫令類別代碼為0(診察費)點數之(欄位IDp12)小計。
△	d37	藥事服務費項目代號	12	X	一、填寫全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號。 二、洗腎案件本欄免填。
△	d38	藥事服務費點數	8	9	一、單筆或多筆藥事服務費之填報，詳註24。 二、本項為醫令清單段欄位IDp3醫令類別為9(藥事服務費)點數之(欄位IDp12)小計。
*	d39	合計點數	8	9	一、若為0者，請填0。 二、本欄點數含部分負擔點數。 三、如為交付調劑之藥品費用，不得併入計算。 四、本欄為項次d32、d33、d34、d36、d38之加總。
*	d40	部分負擔點數	8	9	若為0者，請填0，小數點以下無條件捨去。
*	d41	申請點數	8	9	一、若為0者，請填0。 二、本項費用不含部分負擔點數，即合計點數(欄位IDd39)扣除部分負擔點數(欄位IDd40)。 三、論病例計酬案件則以定額支付點數扣除部分負擔點數(欄位IDd40)。
△	d42	論病例計酬代碼	2	X	論病例計酬案件(案件分類C1)，本欄為必填欄位。
△	d43	行政協助項目部分負擔點數	6	9	<u>一、免部分負擔代碼003、004、005、006、901、902、903、904、906、907者，填寫應收部分負擔點數。</u> <u>二、案件分類為B7(行政協助門診戒菸)且免部分負擔代碼007者，填寫應收部分負擔點數。</u>
△	d44	慢性病連續處方箋有效	2	9	<u>一、案件分類為04(西醫慢性病)、06(結核病)或B6(職災)或E1(醫療給付改善方案及試</u>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
		期間總處方日份			<u>辦計畫</u> )或E2(愛滋病確診服藥滿2年後案件)或24(中醫慢性病),且開具慢性病連續處方箋者,本欄為必填欄位。 <u>二、案件分類08(慢性病連續處方調劑)或28(中醫慢性病連續處方調劑)或E3(愛滋病確診服藥滿2年後案件之慢性病連續處方再調劑)即慢性病連續處方箋第2次或第3次或第4次調劑案件,本欄為必填欄位。</u>
△	d45	依附就醫新生兒出生日期	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、部分負擔代號903(健保IC卡新生兒依附註記方式就醫者),本欄為必填欄位,且就醫日期-本欄之日期應≤60日。
△	d46	急診治療起始時間 (刪除本項欄位)	11	X	<del>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,不足位者前補0。例如6分鐘,為06。 二、申報醫令為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定之急診診察費、檢傷分類急診診察費、精神科急診診察費,及職災急診診察費編號者,本欄為必填欄位。 三、本欄請填保險對象進入急診室之時間。</del>
△	d47	急診治療結束時間 (刪除本項欄位)	11	X	<del>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,不足位者前補0。例如6分鐘,為06。 二、申報醫令代碼為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之急診診察費、檢傷分類急診診察費、精神科急診診察費,及職災急診診察費編號者,本欄為必填欄位。</del>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明																							
					<del>三、本欄請填保險對象離開急診室之時間。</del>																							
△	d48	山地離島地區醫療服務計畫代碼	10	X	特定治療項目代號G9（山地離島地區醫療給付效益提昇計畫）者，本欄為必填欄位，填計畫代碼。																							
△	d49	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(姓名欄為檔案最後之欄位)。																							
△	d50	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。																							
△	d51	依附就醫新生兒胞胎註記	1	X	<p>一、本項欄位 IDd45 有日期者，本欄為必填欄位。</p> <p>二、單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示，如下表：</p> <p>(1)新生兒出生順序以英文 26 個字母之順序表示。</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：</p> <p>    單胞胎:男性填「A」，女性填「a」。</p> <p>    雙胞胎:</p> <p>        第 1 胎:男性填「A」，女性填「a」。</p> <p>        第 2 胎:男性填「B」，女性填「b」。依此類推。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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</td> <td>E</td> <td>e</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>F</td> <td>f</td> </tr> </tbody> </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	E	e	6	F	f
新生兒 出生順序	性別																											
	男	女																										
1	A	a																										
2	B	b																										
3	C	c																										
4	D	d																										
5	E	e																										
6	F	f																										



符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明			
					7	G	g	
					8	H	h	
					9	I	i	
					10~26	J~Z	j~z	
△	d52	特定地區醫療服務	2	X	代碼說明： 01:位於醫缺條件(減免部分負擔)之醫事機構 02:前往醫缺條件(減免部分負擔)服務之醫事機構 <u>03:經專案同意前往肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區服務之醫事機構(107.04新增)</u>			
△	d53	支援區域	4	X	一、欄位IDd52「特定地區醫療服務」代碼02、 <u>03</u> 者，本欄為必填欄位。 二、請依本署公告醫缺條件施行區域或「 <u>肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區</u> 」之區域代碼填報。			
△	d54	實際提供醫療服務之醫事服務機構代號	10	X	1.請填衛生福利部編定之醫事機構代碼。 2.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。			
<u>△</u>	<u>d55</u>	<u>轉往之醫事服務機構代號</u>	<u>10</u>	<u>X</u>	<u>一、欄位 IDd18「病患是否轉出」欄位為 Y「是(保險對象經診斷後需轉出)」本欄為必填報欄位。</u> <u>二、請填保險對象擬轉往醫事服務機構代號，如無法得知，請填999999999。</u>			
<u>△</u>	<u>d56</u>	<u>原處方就醫序號</u>	<u>4</u>	<u>X</u>	<u>慢性病連續處方箋第二次(含)以後調劑案件，本欄為必填欄位。</u>			

(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	藥品給藥日份	2	9	欄位IDp3「醫令類別」為1(用藥明細)或4[不得另計價之藥品、檢驗(查)或診療項目]，且欄位IDp4「藥品(項目)代號」欄位填寫全民健康保險藥物給付項目及支付標準碼者，本欄為必填欄位，請逐筆填載給藥日份。
△	p2	醫令調劑方式	1	X	<p>一、醫令調劑方式代碼：</p> <p>0:自行調劑、檢驗(查)或物理治療</p> <p>1:交付調劑、檢驗(查)或物理治療</p> <p>2:委託其他醫事機構代(轉)檢</p> <p>3:接受其他院所委託代(轉)檢(95.7新增代碼2,3)</p> <p>4:委託其他醫事機構代檢</p> <p>5:接受其他院所委託代檢</p> <p>二、醫令類別為1用藥明細、2診療明細(檢驗(查)或物理治療者)，本欄為必填欄位。</p> <p>三、醫令類別為3特殊材料(屬特殊材料且未交付調劑)本欄必填0、醫令類別為4不計價(特殊材料且交付調劑者)本欄必填1。</p> <p>四三、其他醫令類別免填。</p> <p>五四、醫令調劑方式代碼為2、3、4或5者，欄位IDp24【委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號】為必填欄位。</p> <p>六、餘請參閱註33填寫。</p>
*	p3	醫令類別	1	X	<p>一、醫令類別代碼</p> <p>0:診察費</p> <p>1:用藥明細</p> <p>2:診療明細</p> <p>3:特殊材料</p> <p>4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					5:EPO 注射 6:HCT 檢驗 8:器官捐贈 9:藥事服務費 A:急診治療起迄時間 D:被替代之健保給付特材項目 E:自費特材項目-未支付 F:自費特材項目-不符給付規定 G:專案支付參考數值 二、欄位IDp4「藥品(項目)代號」欄位填報值為醫令代碼R001、R002、R003、 <u>R004</u> 者，本項欄位請填G(專案支付參考數值)。
*	p4	藥品(項目)代號	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、同一療程案件，應按 <u>醫令代碼之實際執行治療日期</u> 逐一填報 <u>醫令代號</u> 。 三、虛擬醫令代碼：保險對象就醫有下述者應請填報。 R001：因 <u>藥品遺失或處方箋遺失、逾期</u> 或毀損，提供切結文件，提前回診，且經院所查 <u>證詢</u> 健保雲端 <u>藥歷</u> 系統，確定病人未領取所稱遺失或 <u>逾期毀損處方之藥品</u> 。 R002：因醫師請假因素，提前回診， <u>醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查提供切結文件</u> 。 R003：因病情變化提前回診，經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。 <u>R004：其他非屬 R001~R003 之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。</u>
△	p5	藥品用量	7	9	一、填寫全民健康保險藥品使用標準碼。 二、若醫令為藥品時，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
					三、請填藥品一次之劑量。 四、小數點需填寫， <u>4</u> 四位整數， <u>2</u> 二位小數，如9999.99。
△	p6	診療之部位	<u>6</u> <u>18</u>	X	一、若醫令為診療時，牙科為必要欄位，標示牙齒部位(牙齒部位編碼，請參照FDI及註26牙位表示法)，每次醫令最多填三個編碼。 二、若醫令代碼為註30之診療項目者，此欄亦為必填欄位。 <del>診療之部位代碼：右側填R、左側填L、雙側填B。</del> 三、醫令代碼為36006B、36009B、36010B、36011B、36012B、36013B、37007B、37008B、37010B、37011B、37018B、37019B、37028B、37029B(直線加速器放射診療項目)者，本欄為必填欄位，並請依下述註記擇一填報。 C:治療癌症(根治性放療)。 P:緩解症狀(姑息性放療)。 <u>四、醫令代碼為83079B(高頻熱凝療法)者，本欄為必填欄位，請依註30規定填報。</u>
△	p7	藥品使用頻率	18	X	一、填寫全民健康保險藥品使用標準碼。 二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。
△	p8	支付成數	6	9	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，， 加成3.08%為103.08。
△	p9	給藥途徑/作用部位	4	X	一、填寫全民健康保險藥品使用標準碼。 二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。
*	p10	總量	7	9	一、若資料為0，則填0。 二、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。 三、醫令代碼R001、R002、R003、 <u>R004</u> ，本項欄位請填0。
△	p11	單價	10	9	一、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
					二、小數點需填寫，取至小數點下二位，第三位四捨五入，七位整數，二位小數，如9999999.99。
*	p12	點數	8	9	一、八位整數，小數點後四捨五入，總量乘單價，並加成計算至整數(點)為止。 二、醫令代碼R001、R002、R003、 <u>R004</u> ，本欄位請填0
*	p13	醫令序	3	9	一、依同一案件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。
△	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」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)之項目，須填寫至時分；若醫令為 <u>03018A、03019B、03042A、03043B、03073A、03074B、03075A、03076B</u> 、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)、47029C、57003C、57019C、57027B、居家照護、高壓氧治療(第二部第二章第六節第三項)、 <u>「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之給付項目及支付標準</u> 等項目、 <u>「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目</u> ，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。 三、欄位IDp17之代碼為3(排程檢查案件)，如為排程當日，本欄請填寫 <u>預訂</u> 檢查 <u>當天</u> 日期至年月日，時分可補0。如為排程項目之執行日，請依上開第二點填報。 四、同一療程(含療程中併開藥等)案件應 <u>就按</u> 醫令代碼號之 <u>實際執行日期</u> 逐一 <u>填報</u> ，填治療日期至年月日，時分可補0。 五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。 六、復健處置醫令下PTS1...、OT1..等治療項目，本欄免填。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p><u>七、中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</u></p> <p><u>八、其他全民健保支付標準涉及執行日期之診療項目請填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</u></p>
△	p15	執行時間-迄	11	X	<p>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，不足位者前補0。例如6分鐘，為06。</p> <p>二、若醫令為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準手術費（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）之項目，須填寫至時分；若醫令為 <u>03018A、03019B、03042A、03043B、03073A、03074B、03075A、03076B</u>、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）、47029C、57003C、57019C、57027B、居家照護、高壓氧治療（第二部第二章第六節第三項）、<u>「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之給付項目及支付標準</u>等項目、<u>「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目</u>，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</p> <p>三、欄位IDp17之代碼為3【排程檢查(驗)案件】，如為排程當日，本欄請填寫<u>預訂</u>檢查<u>當</u>天日期至年月日，時分可補0。如為排程項目之執行日，請依上開第二點填報。</p> <p>四、同一療程（含療程中併開藥等）案件應<u>按就醫令代碼號之實際執行日期</u>逐一填報，<u>填</u>治療日期至年月日，時分可補0。</p> <p>五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。</p> <p>六、復健處置醫令下PTS1...、OT1等治療項目，本欄免填。</p> <p><u>七、中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</u></p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>八、其他全民健保支付標準涉及執行日期之診療項目請填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</u>
△	p16	執行醫事人員代號	10	X	<p>一、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。</p> <p>二、欄位IDp17之代碼為3【排程檢查(驗)案件】者，如為排程當日，本欄免填。如為排程項目之檢查(驗)等執行日請依第三項規定填報。</p> <p>三、申報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號為居家照護、麻醉、<del>手術</del>或全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定限專科醫師或特定醫事人員執行之醫令項目「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之醫事人員訪視費醫令、「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目，本欄為必填欄位。同一醫令有2人(含)以上可供填報者，請擇一人填寫。</p> <p>四、復健處置醫令下之PTS1...、OT1等治療項目，本欄免填。</p> <p><u>五、中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，本欄為必填位。</u></p> <p><u>六、餘請參考註22及註32之說明填載。</u></p>
△	p17	慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記	1	X	<p>如為慢性病連續處方箋、同一療程或排程檢查(或檢驗)案件，本欄為必填欄位，註記代碼如下：</p> <p>1:慢性病連續處方箋案件</p> <p>2:同一療程案件</p> <p>3:排程檢查(或檢驗)案件</p>
△	p18	影像來源	1	X	<p>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，本欄為必填欄位。</p> <p>二、影像來源代碼如下：</p> <p>1:複製片-<u>由原檢查醫院提供(104.8.24增訂)</u></p> <p>2:PACS</p> <p>3:衛生福利部全國醫療影像交換中心</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>4:複製片-由病患自行取得提供(104.8.24增訂)</u> 9:其他
△	p19	事前審查受理編號	13	X	一、事前審查項目本欄為必填欄位，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	就醫科別	2	X	一、請依註13之科別代碼填寫。 二、同日多科就醫合併申報案件，本欄為必填欄位。 三、不足為者前補0，如內科為02。
△	p21	自費特材群組序號	3	9	一、同一組之醫令類別E（自費特材項目-未支付）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。
△	<u>p22</u>	<u>未列項註記</u>	<u>1</u>	<u>X</u>	<u>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。</u> <u>二、依上述規定申報未列項目，除依規定申報醫令清單段資料外，應再依比照之內涵填報本欄位，代碼「1」：技術困難度比照、「2」：支付點數比照，以及填報P23欄位之「未列項名稱」。</u>
△	<u>p23</u>	<u>未列項名稱</u>	<u>100</u>	<u>X</u>	<u>各保險醫事服務機構申報支付標準未列項目，除填報P22欄位未列項註記代碼外，請填報本欄位，填報方式如下：</u> <u>一、請以小寫英文填寫；如有醫學上統一認定/常用/共識等縮寫名稱，請以大寫之縮寫名稱填入。</u> <u>二、同院所同一未列項目，「未列項名稱」應一致。</u>



符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					三、同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。
△	p24	委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號	10	X	欄位IDp2「醫令調劑方式」欄位代碼2、3、4或5者，本欄為必填欄位，詳註33。

備註：

註 1:各項次資料請務必詳實填寫，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。「△」表示該欄位 ID 有醫療服務申報者，為必填欄位，無資料者免填。英文字一律用大寫填寫。

註 3:(1)西醫專案案件為案件分類 (02:西醫急診、03:西醫門診手術、04:西醫慢性病、09:西醫其他專案、B1:行政協助性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫、C1:論病例計酬案件、D1:行政協助愛滋病案件、D4:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案 E1:支付制度試辦計畫、B6:職災案件、B7:行政協助門診戒菸、B8:行政協助精神病強制住院、B9:行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫及 BA:愛滋防治替代治療計畫、E2:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件、E3:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑)之加總。

(2)預防保健案件含案件分類 A3 (預防保健) 及 D2(行政協助 65 歲以上老人流行性感 冒疫苗及兒童常規疫苗接種)及 DF (代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑) 之加總。

註 4:欄位 IDd19~欄位 IDd26 「國際疾病分類碼主、次診斷代碼」之 ICD-9-CM，自費用年月 95 年 1 月份起以 2001 年版為準(依本署 94.5.26 健保審字第 0940068810 號函辦理)，自 105 年 1 月 1 日(含)起，且就醫日期為 105 年 1 月 1 日(含)以後，以 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 為準，~~前述~~以就醫日期為區分。

註 5:特定治療項目代號填表說明：

(1)各項代碼如下：

A.特殊檢查：

A1:超音波檢查      A2:耳鼻喉科檢查      A3:內視鏡檢查      A4:病理組織檢查

A5:核子醫學檢查      A6:X光檢查      A7:特殊造影檢查      A8:神經科檢查

B.特殊治療或處置：

D1:癌症放射線治療      D2:癌症化學治療

D3:復健治療（物理治療簡單、中度治療除外）

D4:精神科治療      D5:高壓氧治療      D6:眼科鐳射治療      D7:血友病治療

D8:血液透析治療      D9:腹膜透析      D0:物理治療簡單、中度治療（88.8 增訂）

C.牙醫：

P1:根管治療      P2:銀粉充填

P3:複合樹脂（玻璃璃子）充填

P4:牙周病手術(含齒齦下刮除術)

P5:兒童斷髓處理

P6:高壓氧治療

P7:口腔外科門診手術(包括拔牙)

P8:治療性牙結石清除

F2:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫

F3:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團(原名:牙醫師無牙醫鄉巡迴醫療服務)

F4:先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務

FC:院所內治療重度以上精神疾病患者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FD:院所內治療中度精神疾病患者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FE:醫療團支援重度以上精神疾病者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FF:醫療團支援中度精神疾病者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FG:院所服務極重度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FH:院所服務重度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FI:院所服務中度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FJ:院所服務輕度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FK:醫療團服務極重度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FL:醫療團服務重度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FM:醫療團服務中度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FN:醫療團服務輕度非精神障礙疾病者牙醫醫療服務

FS:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之牙醫-到宅醫療服務-極重度

FT:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫-社區醫療站(101.01 新增)

FU:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之特定需求者服務-極重度(102.01.01 新增)

FV:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之發展遲緩兒童-院所內服務(103.01.01 新增)

FX:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之發展遲緩兒童-醫療團服務(103.01.01 新增)

FY:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫-到宅醫療服務-重度(103.01.01 新增)

FZ:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫-特殊需求者服務-重度(103.01.01 新增)

L1:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-醫療團服務-失能老人(104.01.01 新增)

L2:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-到宅醫療服務-失能老人(104.01.01 新增)

L3:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-特定需求者服務-失能老人(104.01.01 新增)

L4:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-到宅醫療服務-中度(106.01.01 新增)

L5:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-極重度(107.01.01 新增)

L6:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-重度(107.01.01 新增)

L7:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-中度(107.01.01 新增)

L8:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-輕度(107.01.01 新增)

L9:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務精神疾病者-重度以上(107.01.01 新增)

LA:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務精神疾病者-中度(107.01.01 新增)

LB:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務發展遲緩兒童(107.01.01 新增)

☆代號為 F2、F3、FT 者，案件分類為 14。本項(一)欄位代號為 F2 者，案件分類為 14、15(106.01.01 新增)；代號為 F3 者，案件分類為 14；代號為 FT 者，案件分類為 14、15(107.01.01 新增)。本項(二)欄位代號為 F3 者，案件分類為 14；F2、FT 者，案件分類為 16(107.01.01 新增)。

☆代號為 F4、FC、FD、FE、FF 者，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之院所服務：FG、FH、FI、FJ，醫療團服務：FK、FL、FM、FN(99.1 增訂)、FS、FU(102.01 新增)、FV、FX、FY、FZ(103.01.01 新增)、L1、L2、L3 (104.01.01 新增)、L4(106.01.01 新增)，案件分類為 16。

☆FP 牙周病統合照護第一階段、FQ 牙周病統合照護第二階段、FR 牙周病統合照護第三階段，案件分類為 15(配合 99.01.12 健保醫字第 0990071960 號公告新增)。

#### D. 中醫特殊治療或處置：

C1:中風後遺症 C2:慢性鼻炎 C3:針灸

C4:傷科治療

C5:脫臼整復 C6:中醫醫療資源不足地區巡迴醫療計畫(原名：無中醫鄉巡迴醫療)

C7:中醫醫療資源不足地區獎勵開業計畫

C8:腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療(1053.024.01 文字修訂)

~~C9:小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫~~ **【102.01.01(含)取消】**

~~C0:小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫~~ **【102.01.01(含)取消】**

CA:腦血管後遺症中醫門診照護計畫(99.1新增)【103.01.01(含)取消】

CC:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11新增)。

CD:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，返回離島地區，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11新增)。

CE:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11新增)。

CF:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11新增)。

CG:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，罕見疾病病人，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11新增)。

J1:中醫-行動不便者，經醫師認定或經受託人提供切結文件，慢性病代領藥案件(96.7增訂；101.11文字修訂)

J2:中醫-已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件(96.7增訂；101.11文字修訂)

J3:中醫-已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件(97.10增訂，101.11文字修訂)

J4:中醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件(101.11新增)。

J7:腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫(98.01增訂)。

J9:全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫(1045.024.01新增修文字)

JC:顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療(105.02.01新增)

JD:脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療(105.02.01新增)

JE:乳癌患者中醫門診加強照護醫療(105.02.01新增)

JF:肝癌患者中醫門診加強照護醫療(105.02.01新增)

JG:兒童過敏性鼻炎照護計畫(105.09.01新增)

JH:癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫(106.05.01新增)

JI:肺癌中醫門診加強照護計畫(107.02.01新增)

JJ:大腸癌中醫門診加強照護計畫(107.02.01新增)

JK:中醫急症處置計畫(107.05.01 新增)

JL:中醫-受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本(107.06.01 新增)

JM:中醫-經醫師認定之失智症病人(107.06.01 新增)

JN:中醫-經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(107.04.27 新增)

E.其他：

E1:腸病毒（87 年增訂）

E2:支援長期照護機構提供一般門診案件(99.1 修訂)

E4:全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案（90.11 全面試辦）

E5:週產期論人支付制度試辦計畫

E6:全民健康保險氣喘醫療給付改善方案（90.11 增訂）

E8:全民健康保險高血壓醫療給付改善方案（95.1 增訂）

EA:支援長期照護機構提供復健治療案件(99.1 增訂)

EB:全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善計畫(100.01 增訂)

EC:全民健康保險居家醫療整合照護試辦整合計畫(104.04.23 增訂)

ED:早期療育門診醫療給付改善方案（104.10.1 增訂）

N（乳癌試辦計畫新個案）、C（乳癌試辦計畫完成個案）、R（乳癌試辦計畫復發個案）：全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦方案  
（90.11 增訂）

G4:衛生福利部緊急醫療資源缺乏地區改善計畫(95.4 增訂)

G5:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療(93.1 增訂)

G6:西醫基層醫療資源不足地區改善方案-新開業

G8:家庭醫師整合性照護計畫(92.3.10 增訂)

- G9:全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(92.7 增訂)
- H1:全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫(93.1 增訂)
- H2:西醫-行動不便者，經醫師認定或經受託人提供切結文件，慢性病代領藥案件(96.7 增訂；101.11 修訂文字)
- H3:西醫-已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件(96.7 增訂；101.11 修訂文字)
- H4:自費健檢發現病兆加作處置或檢查 (97.1 增訂)
- H6:西醫-已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件(97.10 增訂；101.11 修訂文字)
- H7:全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案(99.1 增訂)
- H8:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 文字修訂)。
- H9:西醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件 (101.11 新增)。
- HA:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，返回離島地區，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。
- HB:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。
- HC:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥案件(101.11 新增)。
- HD:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，罕見疾病病人，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥案件 (101.11 新增)。
- HE:C 型肝炎全口服治療(106.1.24 新增)
- HF:慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(106.04.01 新增)
- HG:西醫-受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本(107.06.01 新增)
- HH:西醫-經醫師認定之失智症病人(107.06.01 新增)
- HI:西醫-經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(107.04.27 新增)
- JA:收容對象醫療服務計畫-矯正機關內門診 (102.1 起適用)
- JB:收容對象醫療服務計畫-戒護門診(102.1 起適用)
- K1:全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫(101.1 增訂)。

☆代號為 E4、E5、E6、E8、EB、N (乳癌試辦計畫新個案)、C (乳癌試辦計畫完成個案)、R (乳癌試辦計畫復發個案)、H1、H7、HE、HF者，案件分類為E1。

☆代號為G5、G6者，案件分類為D4 或 E1。

☆代號為G4、G8、G9者，依所屬之案件分類填載。

(2) 全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序：

A. 分別屬某一試辦計畫之特定治療項目代號(如下表之序號1~4)應優先填列於欄位(一)，若同時符合二項疾病之試辦計畫，請分開二筆申報，其醫院代號、身分證號、就醫日期及就醫序號相同，支付內容依支付標準及各計畫之支付規定申報。

B. 如同時屬二種(含)以上之試辦計畫，填列之順序如下：

a. 屬疾病種類之試辦計畫其特定治療項目代號優先填於欄位(一)，其他試辦計畫依序填列，如下表之序號6、7、8。(序號6之情形「案件分類」請填E1)

b. 屬西醫基層資源不足獎勵計畫且無疾病種類之試辦計畫，其特定治療項目代號G5~G6填於欄位(一)，其他試辦計畫依序填列，如下表之序號5。

c. 若有全民健康保險加強慢性B、C型肝炎治療試辦計畫者，請一律分開申報。

d. 特定治療項目代號欄位(一)~(四)應依序填報。



序號	計畫情形	特定治療項目代號			案件分類
		欄位(一)	欄位(二)	欄位(三)	
1	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	G9			依所屬案件分類
2	家醫整合計畫(含做預防保健、開慢箋)	G8			
3	醫療給付改善方案及試辦計畫	E4、E5、E6、E8、EB、 <u>EC</u> 、 <u>ED</u> 、H1、H7、 <u>HF</u> 、N、C、R			E1
4	西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案	G5、G6			D4
5	西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案+家醫整合計畫	G5、G6	G8		D4
6	西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案+醫療給付改善方案	E4~ E8、 <u>EC</u> 、 <u>ED</u> 、 <u>HF</u> 、N、C、R	G5、G6		E1
7	醫療給付改善方案+全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	E4~ E8、 <u>EC</u> 、 <u>ED</u> 、 <u>HF</u> 、N、C、R	G9		E1
8	醫療給付改善方案+家醫整合計畫	E4~ E8、 <u>EC</u> 、 <u>ED</u> 、 <u>HF</u> 、N、C、R	G8		E1
9	中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	C6、C7			25
10	牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	<del>F2</del> 、 <del>F3</del> 、FT			<u>14</u> 、 <u>15</u>
		<del>F32</del>	F3		<u>14</u>
			<u>F2</u> 、 <u>FT</u>		<u>16</u>

註 6:同一療程及排程檢查案件之就醫日期及治療結束日期欄位填寫說明：

(1)以保險對象實際就醫日期填寫。

(2)同一療程個案，僅得於就醫當日，於健保 IC 卡登錄累計一次就醫次數，診察費僅可列報乙筆，並依下述辦理費用申報。

A.如療程在當月實施，應於治療結束後合併申報；欄位 IDd9「就醫日期」欄位，應填寫保險對象實際就醫日期，欄位 IDd10「治

療結束日期」應填寫該療程治療之迄日。

B.如療程跨月實施，得俟療程結束後合併申報或按月分別申報，診察費僅可列報乙筆。惟按月分別申報者，欄位 IDd9「就醫日期」欄位，應填寫保險對象原處方日期，欄位 IDd10「治療結束日期」應填寫該月療程之迄日。如療程之日期為 98 年 9 月 25、27、29 日，及 10 月 1、3、5 日；9 月份療程費用之申報，欄位 IDd9「就醫日期」應填寫「0980925」，欄位 IDd10「治療結束日期」應填寫「0980929」，10 月份療程費用之申報，欄位 IDd9「就醫日期」應填寫「0980925」，「治療結束日期」應填寫「0981005」。

(3)復健治療同一療程如為跨月實施，請按月分別申報，便於計算「物理治療人員每日可申報上限為四十五人次」之規定。

(4)同一療程之項目內容及治療療程期間，請依「全民健康保險醫療辦法」第 8 條及第 9 條規定辦理。

(5)保險對象門診當日另排定其他日期實施某項檢查時（排程檢查），檢查之日不得再於健保 IC 卡登錄累計就醫序號：

A.如排程檢查在就診當月實施，應於檢查結束後合併申報；欄位 IDd9「就醫日期」欄位，應填寫保險對象實際就醫日期，欄位 IDd10「治療結束日期」應填寫排程檢查當天日期。

B.如排程檢查跨月實施，得俟檢查結束後合併申報或分開列報。惟就醫日之費用與排程檢查之費用分開列報者：就醫當日之醫療服務點數清單段欄位 IDd9「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，欄位 IDd10「治療結束日期」應填寫排程檢查日期，並應將排程檢查之檢查項目填於醫令清單段之欄位 IDp4「藥品(項目)代號」欄，不得列報點數；檢查當天費用之申報，欄位 IDd29「就醫序號」欄位，應填寫原就醫時之健保卡就醫序號，且欄位 IDd9「就醫日期」欄位，應填寫保險對象原處方日期，欄位 IDd10「治療結束日期」應填寫排程檢查當天日期，不得列報診察費。

(6)預防保健請以保險對象實際受檢日期填寫。

註 7：門診慢性病開具慢性病連續處方箋注意事項：

(1)門診慢性病開具慢性病連續處方箋案件之當次給藥費用，應合併於當次門診費用點數申報【案件分類 04（西醫慢性病）、06（結核病）、~~或~~24（中醫慢性病）、B6（職災）、E1（醫療給付改善方案及試辦計畫）案件】，且須填寫「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」。

(2)保險對象持慢性病連續處方箋再調劑時，「案件分類」應填「08（慢性病連續處方調劑）~~或~~、28（中醫慢性病連續處方調劑）~~或~~ E3（愛

滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑」，欄位 IDd9「就醫日期」欄位，應填寫保險對象原就醫日期，欄位 IDd10「治療結束日期」應填寫保險對象實際調劑日期。

(3)持慢性病連續處方箋一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件，「特定治療項目代號」請依註 5 填報。

(4)職災門診案件之慢性病連續處方箋第 2 次(含)以後調劑案件，案件分類以 B6 (職災案件) 填報。

(5)案件分類 08 (慢性病連續處方調劑) 或 28 (中醫慢性病連續處方調劑) 或 E3(愛滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑) 即慢性病連續處方箋第 2 次或第 3 次或第 4 次調劑案件，需填寫「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」。

註 8: 身分證統一編號檢核原則:比照住院醫療費用之檢核原則辦理。

(1)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

第 3~9 碼：流水號

第 10 碼：檢查碼

(2)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

(3)檢查號碼計算規則

☆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。

☆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。

☆若相加後之尾數=0，則檢查碼=0；尾數≠其他，則檢查碼=10-尾數。

(4)範例說明

☆本國人 A123456789 (9 為正確之檢查碼)

A 1 2 3 4 5 6 7 8

$$\begin{array}{r} 1\ 0\ 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8 \\ * 1\ 9\ 8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \\ \hline 1\ 0\ 8\ 4\ 8\ 0\ 0\ 8\ 4\ 8 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{(特定數)} \\ \text{(取個位數，不進位)} \end{array}$$

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

$$\text{檢查碼}=10-1=9$$

☆外國人或遊民 FA12345689 (9 為正確之檢查碼)

F A 1 2 3 4 5 6 8

↓

$$\begin{array}{r} 1\ 5\ 0\ 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 8 \\ * 1\ 9\ 8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \\ \hline 1\ 5\ 0\ 7\ 2\ 5\ 6\ 5\ 2\ 8 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{(特定數)} \\ \text{(取個位數，不進位)} \end{array}$$

$$1+5+0+7+2+5+6+5+2+8=41$$

$$\text{檢查碼}=10-1=9$$

註 9:預防保健：

(1)預防保健服務就醫序號填報方式：

兒童預防保健：

~~IC11:第一次(出生至二個月)——~~

~~IC12:第二次(二至四個月)~~

~~IC13:第三次(四至十個月)——~~

~~IC15:第四次(十個月至一歲半)~~

~~IC16:第五次(一歲半至二歲)~~

~~IC17:第六次(二至三歲)——~~

~~IC19:第七次(三至未滿七歲)~~

IC71:第一次(出生至二個月)

IC72:第二次(二至四個月)

IC73:第三次(四至十個月)

IC75:第四次(十個月至一歲半)

IC76:第五次(一歲半至二歲)

IC77:第六次(二至三歲)

IC79:第七次(三至未滿七歲)

~~【IC11-IC13、IC15-IC17、IC19 限非基層醫療院所申報、IC71-IC73、IC75-IC77、IC79 限基層醫療院所申報(99.02 修正)】(106 年 4 月公告刪除)~~

兒童牙齒塗氟保健服務：

IC81:未滿 6 歲【102.06.01 (費用年月) 修訂】

IC87:未滿 12 歲之低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區【102.076.2301(費用年月)修訂增訂】

國小學童白齒窩溝封填補助服務方案(103.09.01 增訂)

IC8A:國小一、二年級兒童~~、低收入戶、中低收入戶~~施作牙位 16

IC8B:國小一、二年級兒童~~、低收入戶、中低收入戶~~施作牙位 26

IC8C:國小一、二年級兒童~~、低收入戶、中低收入戶~~施作牙位 36

IC8D:國小一、二年級兒童~~、低收入戶、中低收入戶~~施作牙位 46

IC8E:身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童施作牙位 16

IC8F:身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童施作牙位 26

IC8G:身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童施作牙位 36

IC8H:身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區國小一、二年級學童施作牙位 46

IC8I:第一次評估檢查施作牙位 16

IC8J:第一次評估檢查施作牙位 26

IC8K:第一次評估檢查施作牙位 36

IC8L:第一次評估檢查施作牙位 46

IC8M:第二次評估檢查施作牙位 16

IC8N:第二次評估檢查施作牙位 26

IC8O:第二次評估檢查施作牙位 36

IC8P:第二次評估檢查施作牙位 46

新生兒聽力篩檢補助服務方案【原名：補助經濟弱勢新生兒聽力篩檢服務方案（99.01 增訂；101.03.15 修訂）】：

IC20:出生 3 個月內完成初篩及複篩(101.03.15 修訂，原為出生 36 小時起至滿 3 個月內)

成人預防保健服務：

IC21:40 歲以上未滿 65 歲者

IC22:65 歲以上者

IC23:罹患小兒麻痺且年在 35 歲以上者(97.12 增訂)

IC24:身分別為原住民且 55 歲以上未滿 65 歲者 (99.07 增訂)

婦女子宮頸抹片檢查：

IC31:30 歲以上每年乙次

IC35:30 歲以上每年乙次(助產所)

IC37:30 歲以上每年乙次 (衛生所執業，執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師)

孕婦產前檢查服務：

IC41:妊娠第一期(第一次)

IC42:妊娠第一期(第二次)

IC43:妊娠第二期(第三次)

IC44:妊娠第二期(第四次)

IC45:妊娠第三期(第五次)

IC46:妊娠第三期(第六次)

IC47:妊娠第三期(第七次)

IC48:妊娠第三期(第八次)

IC49:妊娠第三期(第九次)

IC50:妊娠第三期(第十次)

(助產所請填 IC51~ IC60)

婦女乳房攝影檢查：

IC91:45 歲以上至未滿 70 歲之婦女

IC93:40 歲以上至未滿 45 歲且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女

定量免疫法糞便潛血檢查：

IC85:50 歲以上至未滿 75 歲者【102.06.01（費用年月）增訂】

口腔黏膜檢查：

IC95:30 歲以上嚼檳榔或吸菸者

IC97：18 歲以上至未滿 30 歲嚼檳榔之原住民【102.06.01（費用年月）增訂】

其他:

IC00:結核病檢查採分開申報者,檢驗單位申報

IC01:65 歲以上老人流行感冒疫苗注射(88.10 增訂)

IC02~IC04：慢性病連續處方箋第二次（含）以後調劑者

IC06:行政協助職災病患就醫(89.1 增訂)

IC07:行政協助門診戒菸(91.9 增訂)

IC08:行政協助精神病強制住院(92.6 增訂)

IC09:行政協助無健保病患（結核病、潛伏感染治療及接觸者診檢查、人類免疫缺乏病毒感染、性病或藥癮病患全面篩檢愛滋、愛滋防治替代治療計畫）就醫(96.7 修訂)

IC10:行政協助性病或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫(97.6 增訂)

~~IC89：符合無力繳納保費者(88.2 增訂)~~

IC98:非本保險保險對象之之器官捐贈

IC99:HMO 巡迴醫療、921 震災、符合資源共享，提供 CT、MRI 檢查結果之院所申報(93.7)

ICHN:流感病毒抗原快速篩檢 (98.8.1 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）

ICC1:西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫（101.01 增訂）

ICD1:行政協助愛滋個案管理計畫（99.12 增訂）

ICK1:全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫(101.01 增訂)

- (2)各項預防保健服務得視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，如開給感冒藥等，不必另外登錄健保卡 IC 卡累計就醫次數，亦不得收取部分負擔費用。本次治療及藥品之醫療費用點數請併於案件分類 A3（預防保健）申報，欄位 IDd29「就醫序號」欄位，請以該次預防保健服務之時程代碼填入，部分負擔代碼則以「009」填入，且不得另行申報診察費。
- (3)各項預防保健服務費用，併服務機構當月份門診醫療費用點數申報，其中婦女子宮頸抹片檢查之採檢醫療機構、病理檢驗醫療機構採分開申報、分開支付方式，如採檢醫療機構及病理檢驗醫療機構為同一服務機構，則可合併申報。

註 9-1：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)
<del>C002</del>		<del>1820 歲以下兒少(依 99 年 12 月 6 日健保醫字第 0990081857 號函新增)</del>
<del>C003</del>		<del>弱勢民眾安心就醫方案 懷孕婦女例外就醫</del>

D000	D001	醫療資訊系統(HIS)當機
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、居家照護
Z000	Z001	其他
G000		新特約
H000		高齡醫師

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，因故確實無法配合建置健保 IC 卡網路連線等作業，受理健保 IC 卡就診者，可書面向本署分區業務組申請，經專案同意後，以 H000 申報。

註 10:

(1)免部分負擔代碼及規定

- 代碼 001:重大傷病
- 代碼 002:分娩
- 代碼 003:合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類之保險對象)(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)
- 代碼 006:勞工保險被保險人因職業傷害或職業病門診者(協助勞工保險局辦理項目)
- 代碼 007:山地離島地區之就醫(88.7 增訂)、山地原住民暨離島地區接受醫療院所戒菸治療服務免除戒菸藥品部分負擔
- 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，如產檢時，同一主治醫師併同開給一般處方，百歲人瑞免部分負擔，921 震災，行政協助性病或藥癮病患全面篩檢愛滋計畫、行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫、八仙樂園粉塵暴燃事件(104.06.27~104.09.30)、有職災單之非職災醫療費用改健保支付(105.11.01 新增)、西醫就診 92093B 另以門診牙醫申報(106.11.01 新增)等
- 代碼 801:HMO 巡迴醫療
- 代碼 802:蘭綠計畫
- 代碼 901:多氯聯苯中毒之油症患者(協助國民健康署辦理項目)
- 代碼 902:三歲以下兒童醫療補助計畫(91.03.1 增訂)(協助衛生福利部辦理項目)
- 代碼 903: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項目)
- 代碼 904:行政協助愛滋病案件(95.3 增訂)、愛滋防治替代治療計畫(協助疾病管制署辦理項目)
- 代碼 905:三氯氰胺污染奶製品案(97.09.23 增訂，限門診適用)
- 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(102.01.01 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】

填寫原則：

- 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門診）優先填寫。
- B.非屬前述則依全民健康保險法規定免自行負擔者，優先擇一適用代碼填寫，包括重大傷病（001）、分娩（002）、預防保健服務（009）及山地離島地區之就醫（007）之部分。
- C.若非上開 A、B 情形者，屬本署受委任或行政協助其他單位辦理醫療項目之部分負擔補助者，再由上而下優先擇一適用填寫。（97 年 2 月 13 日健保醫字第 0970001927 號函）

(2)應部分負擔方式及金額

	<u>一般門診</u>	<u>轉診 門診</u>	<u>急診</u> (含轉診急診)	<u>牙醫</u>	<u>中醫</u>
<u>醫學中心</u>	<u>☆360420</u>	<u>☆210170</u>	<u>☆450(參閱說明 2)</u>	<u>50</u>	<u>50</u>
<u>區域醫院</u>	<u>☆240</u>	<u>☆140100</u>	<u>☆300</u>	<u>50</u>	<u>50</u>
<u>地區醫院</u>	<u>☆80</u>	<u>☆50</u>	<u>150</u>	<u>50</u>	<u>50</u>
<u>基層院所</u>	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>150</u>	<u>50</u>	<u>50</u>

說明：

1. 粗寫體☆部分上表依衛生福利部 106 年 2 月 18 日衛部保字第 1061260072 號公告係 ~~94 年 7 月 15 日增修訂~~【106.04.15(費用年月)起適用】。

2. 醫學中心急診之部分負擔金額：

(1)檢傷分類 1 級、2 級：450 元。

(2)檢傷分類 3 級、4 級、5 級：550 元。

### (3)編碼原則

• 總碼數：三碼

.第一碼(醫療院所層級)：

西醫 A(醫學中心)

B(區域醫院)

C(地區醫院)

D(基層院所)

牙醫 E(醫學中心)

F(區域醫院)

G(地區醫院)

H(基層院所)

中醫 N(醫學中心之中醫)

Q(區域醫院之中醫)

R(地區醫院之中醫或中醫醫院)

S(基層院所)

.第二碼(部分負擔方式)： 0(急診)

1(一般門診)

2(部分負擔加收者，88年8月新增，91年9月修訂，93年1月修訂取消高利用率及檢驗、檢查部分負擔)

3(轉診，94年7月15日增訂)

4(住院出院或門、急診手術後首次30日內之回診、藥品或復健，~~94年10月增訂~~)

.第三碼(身分別)： 0 或 1(轉診之回診)或 2(一般身分)

3(持殘障手冊)

• 精神社區復健：代碼 L00，應自行負擔百分之五。精神社區復健且開立藥品：代碼 L20 (102.11.01 增訂)。

• 居家照護：代碼 K00，應自行負擔百分之五。居家照護且開立藥品：代碼 K20(105.1.28 增訂)。

• 戒菸服務補助計畫：代碼 Z00，部分負擔金額依「醫療院所戒菸服務補助計畫」戒菸藥品部分負擔填寫 (101.3 增訂)。

●西醫

• 應部分負擔方式及金額(~~☆代碼:94年7月15日增修訂~~ \*代碼：依實際情形，應收之部分負擔金額)

代碼	部分負擔金額	說明
☆ A00	450*	醫學中心；急診
☆ A12	360420	醫學中心；一般門診
A13	50	醫學中心；一般門診；持殘障手冊或參加試辦計畫補助者(98年8月起)；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診(102.01新增)
A20	*	醫學中心；一般門診加藥品或復健
A23	*	醫學中心；一般門診加藥品或復健；持殘障手冊；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診(102.01新增)
☆ A30	*	醫學中心；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健
<u>A31</u>	<u>*</u>	<u>醫學中心；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
☆ A40	*	醫學中心；住院出院或門、急診手術後首次 <u>30日內</u> 之回診、藥品或復健
☆ B00	300	區域醫院；急診
☆ B10	240	區域醫院；一般門診
B13	50	區域醫院；一般門診；持殘障手冊或參加試辦計畫補助者(98年8月起)；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診(102.01新增)
B20	*	區域醫院；一般門診加藥品或復健
B23	*	區域醫院；一般門診加藥品或復健；持殘障手冊；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診(102.01新增)
☆ B30	*	區域醫院；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健
<u>B31</u>	<u>*</u>	<u>區域醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>

☆	B40	*	區域醫院；住院出院或門、急診手術後首次 30 日內之回診、藥品或復健
	C00	150	地區醫院；急診
☆	C10	80	地區醫院；一般門診
☆	C13	50	地區醫院；一般門診；持殘障手冊或參加試辦計畫補助者(98.8 起)；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診 (102.01 新增)
	C20	*	地區醫院；一般門診加藥品或復健
☆	C23	*	地區醫院；一般門診加藥品或復健；持殘障手冊；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診 (102.01 新增)
☆	C30	*	地區醫院；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健
	<u>C31</u>	<u>*</u>	<u>地區醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
☆	C40	*	地區醫院；住院出院或門、急診手術後首次 30 日內之回診、藥品或復健
	D00	150	基層院所；急診
	D10	50	基層院所；一般門診
	D20	*	基層院所；一般門診加藥品或復健
	<u>D30</u>	<u>*</u>	<u>基層院所；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健(106.04.15 新增)</u>
	<u>D31</u>	<u>*</u>	<u>基層院所；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>

依本署 106.04.13 健保醫字第 1060033058 號函自 106.04.15(就醫日期)新增應部分負擔代碼 A31、B31、C31、D30 及 D31。

●牙醫

- 應部分負擔方式及金額

代碼 部分負擔金額 說明

E00	150	醫學中心；急診
-----	-----	---------

E10	50	醫學中心；一般門診
E13	50	醫學中心；一般門診；持殘障手冊；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診（102.01 新增）
<u>E30</u>	<u>*</u>	<u>醫學中心；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>E31</u>	<u>*</u>	<u>醫學中心；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
F00	150	區域醫院；急診
F10	50	區域醫院；一般門診
F13	50	區域醫院；一般門診；持殘障手冊；收容對象醫療服務計畫之矯正機關內門診（102.01 新增）
<u>F30</u>	<u>*</u>	<u>區域醫院；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>F31</u>	<u>*</u>	<u>區域醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
G00	150	地區醫院；急診
G10	50	地區醫院；一般門診
<u>G30</u>	<u>*</u>	<u>地區醫院；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>G31</u>	<u>*</u>	<u>地區醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
H00	150	基層院所；急診
H10	50	基層院所；一般門診
<u>H30</u>	<u>*</u>	<u>基層院所；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>H31</u>	<u>*</u>	<u>基層院所；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>

依本署 106.04.13 健保醫字第 1060033058 號函自 106.04.15（就醫日期）新增應部分負擔代碼 E30、E31、F30、F31、G30、G31、H30 及 H31。

●中醫

- 免部分負擔規定同西醫免部分負擔代碼



• 應部分負擔方式及金額

代碼 部分負擔金額 說明

代碼	部分負擔金額	說明
N10	50	醫學中心；一般門診
N20	*	醫學中心；藥品或中醫傷科
<u>N30</u>	<u>*</u>	<u>醫學中心；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>N31</u>	<u>*</u>	<u>醫學中心；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
Q10	50	區域醫院；一般門診
Q20	*	區域醫院；藥品或中醫傷科
<u>Q30</u>	<u>*</u>	<u>區域醫院；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>Q31</u>	<u>*</u>	<u>區域醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
R10	50	地區醫院、中醫醫院；一般門診
R20	*	地區醫院、中醫醫院；藥品或中醫傷科
<u>R30</u>	<u>*</u>	<u>地區醫院、中醫醫院；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>R31</u>	<u>*</u>	<u>地區醫院、中醫醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>
S10	50	基層院所；一般門診
S20	*	基層院所；藥品或中醫傷科
<u>S30</u>	<u>*</u>	<u>基層院所；轉診(轉入之院所適用)</u>
<u>S31</u>	<u>*</u>	<u>基層院所；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)</u>

依本署 106.04.13 健保醫字第 1060033058 號函自 106.04.15 (就醫日期) 新增應部分負擔代碼 N30、N31、Q30、Q31、R30、R31、S30 及 S31。

註 11:欄位 IDd28「處方調劑方式」說明：

(1)就診未有藥品處方開立案件，則欄位 IDd28「處方調劑方式」請填寫 2【未開(藥品)處方】

(2)醫療服務點數清單段之藥品醫令如有交付調劑者，則欄位 IDd28「處方調劑方式」請填寫 1(交付調劑)。

(3)交付調劑案件申報說明：

A.交付調劑案件其藥品品項、用法、總量請核實填寫申報，門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類別」欄請填寫 4(不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料)，單價及點數則填入 0。

B.案件分類「01:一般案件」案件，經採交付調劑，應改以「09:西醫其他專案」申報。

C.同時給予保險對象注射並交付調劑其他藥品之申報方式：

處方交付調劑案件，若保險對象需要注射及領取口服藥時，則醫師得於診所中以自備之注射藥品為保險對象注射，僅交付口服藥處方；醫師得申報所注射藥品之費用(若屬大型點滴注射時，並得同時申報注射技術費)、空針費用及交付調劑之門診診察費，惟不得申報藥事服務費，欄位 IDd28「處方調劑方式」請填寫「1:交付調劑」。

註 12:適用一般案件申報之補充說明:

中醫門診一般案件給藥七日(含七日)以下且未申報檢驗費用者。

牙醫門診每人次總醫療費用在三百元以下者。

接受他院所委託轉(代)檢案件，其案件分類依西醫、牙醫或中醫，分別以 01(西醫一般案件)、11(牙醫一般案件)、21(中醫一般案件)申報。另屬本署受委任、委託或行政協助其他案件，則依規定案件分類填報。

註 13:就醫科別代碼:

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	AJ:胸腔暨重症加護	HA:脊椎骨科	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:口腔顎面外科	AK:老人醫學科(費用年月104.05.01起新增)	

註 14:門診（或急診）當次轉住院，如仍由同科醫師診治時，健保卡 IC 卡登錄累計一次就醫次數，其醫療費用點數應以合併於住院費用點數申報為原則。如由門診或急診部門轉住院（或門診）時，非經同科醫師診治，其門、住診醫療費用點數可分別列報，視同另次診療，健保卡分別登錄。

註 15:門診（或急診）當次轉住院之病人雖經「同科」不同醫師診治同一保險對象時，因仍屬「同科」之醫師診治，故門診診察費與急性病房住院診察費僅可擇一申報。

註 16:同日兩次以上門診，由同一醫師診療者，以合併申報為原則，健保卡 IC 卡登錄累計一次就醫次數。

註 17:受理排程檢查或轉檢案件，皆不得於健保卡 IC 卡登錄累計就醫次數；如檢查過程中因病情需要併相關處置，得視同另次診療。

註 18:門診醫療服務點數清單資料格式欄位 IDd27「給藥日份」欄位，申報定義如后：

- 1.單次處方給藥僅開立「非口服藥」等外用藥物，以外用藥等之最高給藥天數申報。單次處方給藥僅開立「口服藥」或「口服藥」與「非口服藥」等外用藥物併用，則應以「口服藥」用藥品項最高之天數申報。
- 2.領有慢性病連續處方箋，預訂出國，提供切結書文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量時，請以乙次批價作業、併報方式辦理，即依前開領取用藥量，欄位 IDd27「給藥日份」填報 2 個月或 3 個月藥量，欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位填報 2 次或 3 次藥事服務費之加總，欄位 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調劑項目編碼申報（如 05209A、05210B 等）。

註 19: 西醫門診醫療費用之案件分類申報方式如下：

- 1.採日劑藥費申報者，案件分類為「01：西醫一般案件」，惟慢性病不得以一般案件申報，如經審查發現，則費用不予支付。
- 2.本署公告之慢性病，其醫療費用點數申報之案件分類應為「04：西醫慢性病」。
- 3.經醫師確認保險對象病情穩定，可長期使用同一處方藥品治療時，得開給「全民健康保險門診交付調劑箋」並勾選「連續處方箋」，當次就醫醫療費用點數請以案件分類「04：西醫慢性病」申報，保險對象持該慢性病連續處方箋調劑者，案件分類請填「08：慢性病連續處方調劑」。
- 4.不屬上開規定之案件分類者，則為「09：西醫其他專案」。

5.若同時有急性、慢性病一起診治時，其案件分類應填「09：西醫其他專案」。若併開給慢性病連續處方箋者，應申報案件分類「04：西醫慢性病」，另欄位 IDd27「給藥日份」依當次慢性病給藥品項最高之天數填報。(93年3月修訂)

註 20:服務機構申報案件「主診斷代碼」欄位之診斷代碼第一碼為 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。汽車交通事故保險對象之醫療費用填報方式：前述不適用代碼 T17-T18、T36~T65、T67-T78、T88.7。服務機構申報汽車交通事故保險對象之醫療費用時，請依事故情形，於醫療服務點數清單段之「國際疾病分類號碼」欄加填外因分類碼如 ICD-9-CM：E810 至 E819。

註 21：物理治療費用之申報、費用核付、超次費用核扣等，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節第二項物理治療通則二辦理。

註 22：居家照護案件填載方式 (97年4月增訂)：

案件分類 A1 (居家照護)、A2 (精神疾病社區復健)、A5 (安寧居家療護)、A6 (護理之家照護)、A7 (安養、養護機構院民之居家照護) 之醫療費用，採療程每月申報一次方式。相關欄位填寫說明如下：

(1)醫療服務點數清單段：

A.欄位 IDd9「就醫日期」欄位，請填報該月第一次訪視日期，欄位 IDd10「治療結束日期」請填報該月最後一次訪視日期。

B.欄位 IDd30「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號 (若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、其他專業人員)。

(2)門診醫療服務醫令清單：該月各次居家訪視費應逐筆填報醫令代碼，並於欄位 IDp14、欄位 IDp15 填報訪視日期及欄位 IDp16 填報訪視人員身分證號。

註 23：補報醫令差額案件請依下列原則辦理：(98年3月公告，7月實施)如為診察費及藥事服務費，差額請填報於醫療服務點數清單段「診察費點數」、「藥事服務費點數」欄位。如為藥品、特材或診療費點數，請填報醫療服務醫令清單段，依差額之項目(如藥品用量、成數、總量、單價等)核算填報正確之點數，並彙整填報至醫療服務點數清單「用藥明細點數小計」或「診療明細點數小計」或「特殊材料明細點數小計」欄位。

註 24：「診察費點數」及「藥事服務費點數」需於「醫療服務點數清單段」及「醫療服務醫令清單段」逐筆申報，申報原則如下：

- (1)當「醫療服務醫令清單段」之欄位 IDp3「醫令類別」代碼為「0:診察費」及「9:藥事服務費」，且為單筆申報時：需同時於「醫療服務點數清單段」之欄位 IDd35「診察費項目代號」及欄位 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位內填入支付標準碼，並填報欄位 IDd36「診察費點數」及欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位(填報之數值等於「醫療服務醫令清單段」欄位 IDp3「醫令類別」代碼「0：診察費」或「9：藥事服務費」之欄位 IDp12「點數」欄位)。
- (2)當「醫療服務醫令清單段」之欄位 IDp3「醫令類別」代碼「0：診察費」及「9：藥事服務費」，且為申報多筆時：「醫療服務點數清單段」之欄位 IDd35「診察費項目代號」及欄位 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位請空白，欄位 IDd36「診察費點數」及欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位分別為「醫療服務醫令清單段」欄位 IDp3「醫令類別」代碼「0：診察費」或「9：藥事服務費」之欄位 IDp12「點數」欄位加總。

註 25：醫令類別補充說明：

依規定不得另行計價之藥品或診療項目(如論病例計酬案件包含於定額之項目、居家照護之特殊照護項目、洗腎包含於定額之項目、中中醫及一般案件或交付處方之用藥品項等)申報時，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]。不包含於定額之項目內可另行計價之項目，請依醫令類別 1(用藥明細)、2(診療明細)3(特殊材料)...選擇適當醫令類別申報計價費用。

例 1:中醫以給藥日份乘上定額每日藥價來申報藥費[醫令類別為 1(用藥明細)，單價及點數依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所列編號填列]，而實際開給之中藥品項請以醫令類別 4[不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料]填報，單價及點數請填 0。

例 2:洗腎以定額來申報[醫令類別為 2(診療明細)，其代碼、單價及點數依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號填列]，而實際之處置、用藥品項請以醫令類別 4[不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料]填報，單價及點數請填 0。

註 26：牙齒部位:除參照 FDI 牙位表示法外

全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示
上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示
下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示

無法表示之部位請以‘99’表示		
-----------------	--	--

註 27：處方交付調劑之個案，請依本署所公告之醫療服務點數及醫令清單書面申報格式列印資料或「全民健康保險門診交付處方箋」，交給保險對象至特約藥局調劑。

註 28：如為一般案件(項目代號 MA1-MA4)醫令類別為 1，藥品用量(欄位 IDp5)、藥品使用頻率(欄位 IDp7)、給藥途徑/作用部位(欄位 IDp9)免填。

註 29：採一般案件(案件分類 01)申報，其「醫令清單段」欄位，應填當次處方之藥品名稱、用法(含劑型、劑量規格、給藥頻率、給藥途徑/作用部位等)、日份，藥品單價請填 0。

註30: ~~「醫令清單」之欄位IDp6「診療之部位」欄位，申報方式如下：~~

治療處置、手術及、檢查驗(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 L:左側 B:雙側
	64164B	全膝關節置換術	
全股關節置換術	64201B	人工全髖關節再置換	
	64162B	全股關節置換術	
白內障手術	86007C	水晶體囊外(內)摘除術	
	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	86011C	人工水晶體植入術—第一次植入	
	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	

	97605K 97606A 97607B 97608C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術（單側）（門診）	
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	R:右側
	50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次	L:左側
	97405K	尿路結石體外震波碎石術（單側）（門診）	B:雙側
	97406A	尿路結石體外震波碎石術（單側）（門診）	
	97407K	尿路結石體外震波碎石術（雙側）（門診）	
	97408A	尿路結石體外震波碎石術（雙側）（門診）	
	97409K	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，單側）（門診）	
	97410A	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，單側）（門診）	
	97411K	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
	97412A	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
	97420B	尿路結石體外震波碎石術（單側）（門診）	
	97421B	尿路結石體外震波碎石術（雙側）（門診）	
	97422B	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，單側）（門診）	
97423B	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）		
股及腹股溝疝氣手術	97220K	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	R:右側
	97221A	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	L:左側
	97222B	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	B:雙側
	97223C	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
	97224P	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
電腦斷層造影	33070B	無造影劑-全身型	H:頭部



	33071B	有造影劑-全身型	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
	33072B	有/無造影劑-全身型	
磁振造影	33084B	無造影劑	B:薦椎 D:周邊神經 依實施部位填寫左靠，不足補空白，白，例如頸椎及胸椎則填NJ，最多申報六個部位。
	33085B	有造影劑	
正子造影	26072B	全身	
	26073B	局部	
高頻熱凝療法	83079B		
藥物品	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	

<a href="#">KC00936248</a>	<a href="#">AFLIBERCEPT-注射劑2.00MG</a>	
<a href="#">BC23479235</a>	<a href="#">VERTEPORFIN-注射劑-15MG</a>	
<a href="#">BC23560200</a>	<a href="#">DEXAMETHASONE-眼內植入劑-0.7MG</a>	
<a href="#">FAV02PERFR1Z</a>	<a href="#">佛朗惜眼補眼卡液</a>	
<a href="#">FAV02PERFRA1</a>	<a href="#">愛爾康普弗隆液</a>	
<a href="#">FAV03SL1258A</a>	<a href="#">阿拉美迪眼用純矽油</a>	
<a href="#">FAV03SLRS77A</a>	<a href="#">阿基米矽利康油及其配件</a>	
<a href="#">FAV03SLS571Z</a>	<a href="#">佛朗惜眼補利服矽油</a>	

註 31:全民健康保險藥品使用標準碼(~~96.11.12~~ 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...)

<sub>y</sub>W<sub>z</sub>D:每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

MCD<sub>x</sub>D<sub>y</sub>: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,...)

QxMN:每 x 分鐘使用 1 次(x =1,2,3,4,...)

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,...)

ACxM:飯前 x 分鐘使用(x =1,2,3,4,...)

PC:飯後

PCxH:飯後 x 小時使用(x =1,2,3,4,...)

PCxM:飯後 x 分鐘使用(x =1,2,3,4,...)

(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,...)

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(106.04 新增)

ICV:腦室注射

IMP:植入

INH: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)(106.04 新增)

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:沖洗

EXT:外用

XX:其他

註 32：下述醫令代碼，醫令清單段欄位 IDp16「執行醫事人員代號」為必填報欄位。

(1)麻醉費:96017C、96018C、96019C、96020C、96021C、96022C。

(2)居家照護:依註 22 說明填載。

(3)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險急性後期照護計畫」依計畫公告事項辦理。

(4)其他:18005B、18006B、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、28016C、28040B、28041B、28042B、28043B、28044B。

(5)「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」由多科醫師共同看診或會診其他科提供照護，申請多筆診費診察費。

註 33：全民健康保險特約醫院、診所及醫事檢驗機構間檢驗(查)申報作業說明表

作業方式	作業說明	開立檢驗(查)處方之機構	接受委託執行檢驗(查)之機構	費用申報	門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式
處方交付 (須用處方箋)	病患持處方至受檢之醫事檢驗機構接受檢驗(查)	醫院、診所	1.醫事檢驗機構	醫事檢驗機構	<p><u>開立處方醫院、診所：</u>  <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u>  <u>p2 醫令調劑方式：1 交付調劑、檢驗(查)或物理治療</u>  <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u></p> <p><u>執行檢驗醫事檢驗機構：</u>  <u>d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號</u>  <u>d40 案件來源註記：2 處方交付</u>  <u>p1 醫令類別:2 診療明細</u></p>
轉檢 (須用轉檢單)	病患持轉檢單至受檢之醫院、診所、醫事檢驗機構接受檢驗(查)	醫院、診所	1.醫院、診所	原開立處方醫院、診所	<p><u>開立處方之醫院、診所：</u>  <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u>  <u>p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢</u>  <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u>  <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u></p> <p><u>執行檢驗之醫院、診所：</u>  <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：填處方服務機構代號</u>  <u>p2 醫令調劑方式：3 接受其他院所委託轉檢</u>  <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u></p>

<u>作業方式</u>	<u>作業說明</u>	<u>開立檢驗(查)處方之機構</u>	<u>接受委託執行檢驗(查)之機構</u>	<u>費用申報</u>	<u>門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式</u>
			<u>2.醫院、診所</u>	<u>執行轉檢之醫院、診所</u> (※限子宮頸抹片、結核病桿菌檢查檢驗(查)及骨髓配對捐贈檢驗(查))	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <hr/> <u>執行檢驗之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：填</u> <u>處方服務機構代號</u> <u>p2 醫令調劑方式：3 接受其他院所委託轉檢</u> <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>
			<u>3.醫事檢驗機構</u>	<u>醫事檢驗機構</u> (※醫學中心、區域醫院及地區醫院案件由處方醫院申報、基層診所案件由醫事檢驗機構申報)	<u>開立處方醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <hr/> <u>執行檢驗醫事檢驗機構：</u> <u>d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號</u> <u>d40 案件來源註記：3 轉檢</u> <u>p1 醫令類別：2 診療明細</u>



作業方式	作業說明	<u>開立檢驗(查)處方之機構</u>	<u>接受委託執行檢驗(查)之機構</u>	費用申報	<u>門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式</u>
<u>代檢(免用轉檢單)</u>	<u>檢體送檢(病患未至醫院、診所、醫事檢驗機構)</u>	<u>醫院、診所</u>	<u>1.醫院、診所</u>	<u>原開立處方醫院、診所</u>	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢</u> <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>
			<u>2.醫院、診所</u>	<u>執行代檢之醫院、診所</u> <u>(※限子宮頸抹片、結核病桿菌檢查檢驗(查)及骨髓配對捐贈檢驗(查))</u>	<u>執行檢驗之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：填處方服務機構代號</u> <u>p2 醫令調劑方式：5 接受其他院所委託代檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託及受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <u>執行檢驗之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：填處方服務機構代號</u> <u>p2 醫令調劑方式：5 接受其他院所委託代檢</u> <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u> <u>p24 委託及受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>

<u>作業方式</u>	<u>作業說明</u>	<u>開立檢驗(查)處方之機構</u>	<u>接受委託執行檢驗(查)之機構</u>	<u>費用申報</u>	<u>門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式</u>
			3.醫事檢驗機構	醫事檢驗機構 (※醫學中心、區域醫院及地區醫院案件由處方醫院申報、基層診所案件得由醫事檢驗機構申報)	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <hr/> <u>執行檢驗醫事檢驗機構：</u> <u>d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號</u> <u>d40 案件來源註記：4 代檢</u> <u>p1 醫令類別:2 診療明細</u>

說明：

- 1.轉檢、代檢項目，以原診治之醫院、診所，依其適用之支付標準表別所列非侵襲性檢查(驗)為限。
- 2.凡無法將檢驗、檢查費用做獨立申報之案件，如住院、各類整合性照護試辦計畫(含山地離島醫療服務改善計畫)、論病例計酬、Tw-DRGs、孕婦產前檢查等案件，醫院、診所如係委由其他醫院、診所或醫檢機構代為執行內含之檢驗檢查作業，其費用仍均由原處方醫院、診所併案申報費用(內含之檢驗檢查醫療服務費用，俟由雙方自行拆帳)。
- 3.醫院、診所間之轉檢、代檢案件除子宮頸抹片、結核病桿菌檢查檢驗(查)及骨髓配對捐贈檢驗(查)得由實際執行檢驗之院所申報費用外，其餘均由原開立處方之院所申報費用。
- 4.特約醫療院所接受委託，執行轉檢、代檢作業，均應依本保險醫療費用支付標準、各依其特約類別所適用之表別辦理，不得逾其特約類別。
- 5.原處方開立院所應提供受委託院所保險對象申報所需之相關資料(如醫事服務機構代號、保險對象基本資料、就醫序號、就醫科別、國際疾病分類碼及部分負擔代碼等)。