

門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明

99.3.1 更新版

(檔案名稱: DTLFA, 每筆長度 246 BYTES)

(網底為本次修正部分)

項次	資料名稱	格式	中文名稱/資料說明
=====	=====	=====	=====
*01	資料格式	X(02)	"11"表門診醫療服務點數清單資料格式
*02	醫事服務機構代號	X(10)	衛生署編定之代碼 代檢及轉檢由原診治之特約醫院、診所申報
*03	費用年月	9(05)	前三碼為年份, 後二碼為月份
*04	申報類別	X(01)	1:送核 2:補報
*05	案件分類	X(02)	詳註 11、註 19 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 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:代辦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:代辦門診戒菸(91.9 增訂) B8:代辦精神科強制住院(92.6 增訂) B9:代辦孕婦全面篩檢愛滋計畫(94.2 增訂) C1:論病例計酬案件 C4:代辦無健保結核病患就醫案件(96.7 增訂) D1:代辦愛滋病案件(94.2 起代辦) D2:代辦 65 歲以上老人流行性感冒疫苗接種(87.10 增訂, 95.1 起代辦) D4:資源缺乏地區鼓勵加成計畫之醫療費用點數(90.7 增訂) E1:支付制度試辦計畫(90.10 增訂) HN:代辦流感病毒抗原快速篩檢(98.8.1 增訂) 新型流感(98.9 新增)

		11:牙醫一般案件 12:牙醫急診
		13:牙醫門診手術
		14:牙醫師至無牙醫鄉服務獎勵措施
		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:中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務(92.5 增訂)
		26:中醫針灸作業醫療品質提升計畫案(93.7增訂)
		27:中醫複雜性傷科案件(97.1修訂)
		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
*06	流水號	9(06) 右靠不足補 0, 請依案件分類之類別分別連續編號
07	特定治療項目代號(一)	X(02) 慢性病之特定治療項目代號請依全民健康保險 醫療辦法之編碼填寫,餘請依註 5 之編碼填寫, 如無註 5 所列舉之內容請留空白 屬試辦計畫之特定治療項目代號填報順序如註 5 之 1 慢性病連續處方調劑本欄免填。
	07-1 特定治療項目代號(二)	X(02) 同上
	07-2 特定治療項目代號(三)	X(02) 同上
	07-3 特定治療項目代號(四)	X(02) 同上
*09	就醫科別	X(02) 00:不分科(96.1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(96.7增訂) 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

另次分類說明詳註 13

*10	就醫日期	9(07)	前三碼為年份, 中二碼為月份, 後二碼為日數, 病患實際就醫日期, 請參考註 6 之說明
△10-1	治療結束日期	9(07)	前三碼為年份, 中二碼為月份, 後二碼為日數, 請參考註 6 之說明, 否則留空白 (同一療程、排程檢查、或慢性病連續處方箋調劑(08)案件, 本欄請務必填寫)
*11	出生日期	X(07)	前三碼為年份(右靠不足補 0), 中二碼為月份, 後二碼為日數(如: 0830630 表示 83 年 6 月 30 日), 民國前為負數(如: -05 表示民國前 5 年)
*12	身分證統一編號	X(10)	國民身分證統一編號, 或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼), 左靠不足補空白, ;身分證號檢查原則, 請參考註 8
△13	補報原因註記	X(01)	1:補報整筆案件 2:補報部分醫令或醫令差額。申報類別為補報者, 本欄為必填欄位, 送核案件免填補空白。(98.7)
13-1	保留欄位	X(01)	補空白(98.7)(98.12 起整合式照顧計畫加 Y 註記)
△14	給付類別	X(01)	1:職業傷害 2:職業病 3:普通傷害 4:普通疾病 8:天然災害(88.9 增訂, 目前暫停使用) 9:呼吸照護(89.7 增訂) A:天然災害-巡迴(98.8 增訂) B:天然災害-非巡迴(98.8 增訂) 預防保健本欄免填補空白 B:新加坡航空空難(89.10.31 增訂, 現已刪除)
*15	部分負擔代號	X(03)	部分負擔代號請依註 10 之編碼原則填寫 本欄為必要欄位, 如為慢性病連續處方調劑及預防保健, 本欄請填 009
*16	轉入之院所代號 或原處方醫療機構代號	X(10)	轉入之院所代號請依轉診單中之轉介醫事服務機構代號填寫, 無者填"N"; 如為慢性病連續處方調劑本欄為必要欄位, 請填原處方醫療機構代號;

如為山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(即特定治療項目代號：G9)，請填計畫代碼(10碼，簽約時分局提供)。

左靠不足補空白

*17	病患是否轉出	X(01)	Y:是(病患經診斷後需轉出) N:否 慢性病連續處方調劑本欄填"N"
△18	國際疾病分類號(一)	X(05)	西醫、中醫國際疾病分類號碼請按傷病名稱， 西醫自八十九年元月起全面以 ICD-9-CM 申報 中醫自九十一年五月起全面以 ICD-9-CM 申報 預防保健則本欄為非必要欄位 (詳註 3) 左靠不足補空白
19	國際疾病分類號(二)	X(05)	左靠不足補空白
20	國際疾病分類號(三)	X(05)	左靠不足補空白
21	主手術代碼	X(04)	ICD-9-CM 之主手術代號；預防保健、 慢性病連續處方調劑及中醫本欄免填 左靠不足補空白
△22	給藥日份	9(02)	本次口服藥給藥日份最高之天數：除單次給藥為 「非口服藥」外，餘請填「口服藥」之最高給藥 日份 (89.6)，詳註 18。 慢性病連續處方調劑，請依連續處方箋上所列 填寫；預防保健則本欄為非必要欄位 右靠不足補 0
△23	處方調劑方式	X(01)	0:自行調劑 1:交付調劑 2:未開(藥品)處方 4:領有殘障手冊自行調劑 5:孕婦自行調劑 6:符合第 43 條及自墊核退所定緊急傷病之患 者自行調劑 A:藥品自行調劑,物理治療自行執行 B:藥品自行調劑,物理治療交付執行 C:藥品交付調劑,物理治療自行執行 D:藥品交付調劑,物理治療交付執行 E:未開處方調劑,物理治療自行執行 F:未開處方調劑,物理治療交付執行 符合代碼 4, 5, 6 規定者,如有物理治療業務者 ,仍各依該代碼申報。

醫藥分業實施滿一年地區,其代碼應為 0,1,2,6,請參考註 11 之說明;慢性病連續處方調劑及中醫本欄免填補空白;預防保健則本欄為非必要欄位

24 次手術代碼(二)	X(04)	ICD-9-CM 之次手術代號;預防保健、慢性病連續處方調劑及中醫本欄免填左靠不足補空白(88.9 增訂)
*24-1 健保卡就醫序號	X(04)	1. 請填健保 IC 卡規定之就醫序號,四碼流水號例如:0001。 2. 預防保健請填「IC+預防保健之服務時程代碼」,請參考註 9 3. 慢性病連續處方第二次以後調劑者,請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02 或 IC03 或 IC04。
24-2 保留欄位	X(02)	補空白
*25 診治醫師代號	X(10)	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,左靠不足補空白
△26 藥師代號	X(10)	調劑藥師之國民身分證統一編號,外籍居留證號,左靠不足補空白 診所聘有藥師本欄為必要欄位,否則留空白
△27 用藥明細點數小計	9(08)	右靠不足補 0,此項費用為醫令(資料格式 12)醫令類別為 1 之用藥明細點數(項次 14)之小計;如為交付調劑之藥品費用,不得併入用藥明細點數小計內計算;西醫一般案件及中醫請依給藥日份計算用藥申報點數
△28 診療明細點數小計	9(08)	右靠不足補 0,此項費用為醫令(資料格式 12),除用藥之外(醫令類別為 2 或 3),各項診療及特殊材料明細點數(項次 14)之小計;慢性病連續處方調劑本欄免填
△29 診察費項目代號	X(12)	填寫全民健保醫療費用支付標準碼 預防保健、洗腎、慢性病連續處方調劑本欄免填,補空白
△29-1 診察費	9(08)	單筆或多筆診察費之申報,如註 24。 診察費點數,右靠不足補 0

預防保健、洗腎、慢性病連續處方調劑本欄免填,請補 0

本欄為加總「門診醫療服務醫令清單」項次 09「醫令類別」代碼「0：診察費」之項次 14「點數」。當「門診醫療服務醫令清單」之項次 09「醫令類別」代碼「0：診察費」為申報單筆或多筆時,本欄填報方式如註 24。

△30	藥事服務費項目代號	X(12)	填寫全民健保醫療費用支付標準碼,洗腎本欄免填,補空白
△30-1	藥事服務費	9(08)	單筆或多筆藥事服務費之申報,如註 24。 藥事服務費點數,右靠不足補 0,洗腎本欄補 0 本欄為加總「門診醫療服務醫令清單」項次 09「醫令類別」代碼「9：藥事服務費」之項次 14「點數」。 當「門診醫療服務醫令清單」之項次 09「醫令類別」代碼「9：藥事服務費」為申報單筆或多筆時,本欄填報方式如註 24。
*31	合計點數	9(08)	右靠不足補 0,此項費用含部分負擔費用,如為交付調劑之藥品費用,不得併入合計點數內計算,本欄為項次 27、28、29-1、30-1 之合計
△32	部分負擔費用點數	9(08)	右靠不足補 0, 部分負擔費用預防保健,請補 0
*33	申請點數	9(08)	右靠不足補 0,此項費用不含部分負擔費用即合計點數扣除部分負擔點數
△34	論病例計酬代碼	X(02)	論病例計酬代碼案件,本欄為必要欄位
△34-1	代辦費用點數	9(06)	免部分負擔代碼 003, 004, 005, 006, 901, 902 者,填寫應收部分負擔點數;如無此項費用,請右靠不足補 0 (88.8 增訂)
△35	慢性病連續處方箋有效期間總處方日份	9(02)	西醫案件分類為 04,且開具慢性病連續處方箋者本欄為必要欄位,其他補 0
△08	姓名	X(20)	五個中文字,左靠不足補中文空白(BIG-5 碼請補滿 20 個 BYTES),如為外籍人士無中文姓名者,請輸入英文半形,不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)

=====
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*表示該欄為必要欄位，△表示該項次說明欄未註明非必要欄位或免填者，皆為必要欄位。

註3：項次18「國際疾病分類號」之ICD-9-CM，自費用年月95年1月份起以2001年版為準(依本局94.5.26健保審字第0940068810號函辦理)。

註4：除出生日期外，費用年月、申報日期、就醫日期等欄位均為9 type(數字型)，不足者前補0，如年份84年表示為084；英文字一律用大寫填寫。

註5：特定治療項目代號

1. 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

2. 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)

3. 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:牙醫師至無牙醫鄉執業計劃 F3:牙醫師無牙醫鄉巡迴醫療服務 F4:先天性唇顎裂患者牙醫
醫療服務 F5:重度以上身心障礙者牙醫醫療服務(99.1.1取消) F6:三歲(含)以下嬰幼兒齲齒防
治服務(94.1取消) F7:院所中度身心障礙者牙醫醫療服務(95.1增訂)(99.1.1取消) F8:醫
療團重度以上身心障礙者牙醫醫療服務(99.1.1取消) F9:醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務
(99.1.1取消) FA:馬祖地區牙周病照護網試辦計畫(97.1增訂) FC院所治療重度精神障礙者牙
醫醫療服務(98.1增訂) FD院所治療中度精神障礙者牙醫醫療服務(98.1增訂) FE醫療團治療
重度精神障礙者牙醫醫療服務(98.1增訂) FF醫療團治療中度精神障礙者牙醫醫療服務(98.1
增訂)；代號為F2、F3、FA者，案件分類為14；代號為F4、F5、F6、F7、F8、F9、FC、FD、FE、FF
者，院所服務：極重度 FG、重度 FH、中度 FI、輕度 FJ，醫療團服務：極重度 FK、重度 FL、
中度 FM、輕度 FN(99.1增訂)，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)。

4. 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:無中醫鄉巡
迴醫療 C7:無中醫鄉獎勵開業 C8:腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療 J8:褥瘡之
西醫住院病患中醫輔助醫療 C9:小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫 C0:小兒腦性
麻痺中醫優質門診照護試辦計畫 CA:腦血管後遺症(99.1新增) J1:中醫-行動不便者慢性病代領

藥案件(96.7 增訂)

J2：中醫-已出海為遠洋漁船作業慢性病患者代領藥案件(96.7 增訂) J3：中醫-在國際航線航行之船舶上服務作業慢性病患者代領藥案件(97.10 增訂) J7：中醫腫瘤照護試辦計畫(98.01 增訂)。

5. 其他：

E1：腸病毒(87 年增訂) E2：~~醫師支援至安養、養護、殘障福利機構及護理之家看診案件(89.3.16 增訂)~~
支援長期照護機構提供一般門診案件(99.1 修訂)

E3:結核病試辦計畫(97.1 取消) E4：糖尿病試辦計畫(89.5.17 北區分局試辦，90.11 全面試辦) E5：週產期試辦計畫 E6：氣喘試辦計畫(90.11 增訂) E7：肺結核試辦計畫(90.11 增訂，實施至 93.9) E8：高血壓試辦計畫(95.1 增訂) E9：烏腳病試辦計畫(95.10 取消) **EA：支援長期照護機構提供復健治療案件(99.1 增訂)** N、C、R：乳癌試辦計畫(90.11 增訂) F1：南投縣信義鄉暨仁愛鄉精神疾病醫療給付效益提昇計畫(中區分局)、F7:示範門診試辦計畫(91.01 增訂、93.10 取消) G4:衛生署緊急醫療資源缺乏地區改善計畫(95.4 增訂) G5:醫療資源缺乏地區服務獎勵方案-巡迴醫療(93.1 增訂) G6:醫療資源缺乏地區服務獎勵方案-新開業 G7：醫療資源缺乏地區服務獎勵方案-已開業 G8:家庭醫師整合性照護(92.3.10 增訂) G9:山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(92.7 增訂) H1：B、C 型肝炎試辦計畫(93.1 增訂)

H2：西醫-行動不便者慢性病代領藥案件(96.7 增訂)

H3：西醫-已出海為遠洋漁船作業慢性病患者代領藥案件(96.7 增訂)

H4：自費健檢發現病兆加作處置或檢查(97.1 增訂)

H5：代謝症候群照護方案(97.8 增訂)

H6：西醫-在國際航線航行之船舶上服務作業慢性病患者代領藥案件(97.10 增訂)

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)

- 代號為 E3、E4、E5、E6、E7、E8、E9、F1、N、C、R、H1、H5 者，案件分類為 E1；代號為 G5、G6、G7 者，案件分類為 D4；代號為 G4、G8、G9 者，依所屬之案件分類申報。

註 5 之 1：全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序：

1. 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。
2. 如同時屬二種(含)以上之試辦計畫，填列之順序如下：
 - (1)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)
 - (2)屬西醫基層資源缺乏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~G7 填於欄位(一)，其他試辦計畫依序填列，如下表之序號 5。
 - (3)若有 B、C 型肝炎試辦計畫者，請一律分開申報。
 - (4)特定治療項目代號欄位(一)~(四)應依序填報，中間不可空白。

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	山地離島地區計畫	G9			依所屬案件分類
2	家醫試辦計畫(含做預防保健、開慢簽)	G8			依所屬案件分類,且不可為E1(94.7.1起修訂)
3	疾病試辦計畫	E3~ E9、H1、N、C、R			E1
4	西醫基層資源缺乏獎勵計畫	G5、G6、G7			D4
5	西醫基層資源缺乏獎勵計畫+家醫試辦計畫	G5、G6、G7	G8		D4
6	西醫基層資源缺乏獎勵計畫+疾病試辦計畫	E3~ E9、N、C、R	G5、G6、G7		E1
7	疾病試辦計畫+山地離島地區計畫	E3~ E9、N、C、R	G9		E1
8	疾病試辦計畫+家醫試辦計畫	E3~ E9、N、C、R	G8		E1

註 6:同一療程、排程檢查及就醫日期及治療結束日期補充說明：

1. 以病患實際就醫日期填寫

2. 同一療程個案僅得於就醫日期於健保 IC 卡累計一次就醫次數，並於治療結束後集中申報費用（復健治療除外），並應填寫「就醫日期」及「治療結束日期」，診察費僅可列報乙筆。

如療程在當月實施，應於治療結束後合併申報；「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫該療程治療之迄日。

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，診察費均僅可列報乙筆。惟按月分別申報者，「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫該月療程之迄日。

如療程之日期為八十八年九月二十五、二十七、二十九日，及十月一、三、五日；九月份療程費用之申報，「就醫日期」應填寫「0880925」，「治療結束日期」應填寫「0880929」，十月份療程費用之申報，「就醫日期」應填寫「0880925」，「治療結束日期」應填寫「0881005」。

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 11 條及第 12 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，檢查之日不得再於健保 IC 卡登錄累計就醫序號：

如排程檢查在就診當月實施，應於治療結束後合併申報；「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫排檢日期。

如排程檢查跨月實施，得俟排程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之「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫排檢日期，並應將排程檢查之檢查項目填於醫療服務醫令清單之明細欄，不得列報點數；排檢當次費用之申報，就醫序號應填寫原就醫時所用之序號，且「就醫日期」欄位，應填寫病患實際就診日期，「治療結束日期」應填寫排檢日期，不得列報診察費。

6. 慢性病連續處方調劑請注意：

就醫日期以慢性病連續處方箋上之病患原就醫日期填寫

治療結束日期填病患實際調劑日期

7. 預防保健請以病患實際受檢日期填寫

註 7：門診慢性病開具慢性病連續處方箋注意事項：

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申報（04、06（結核病）、或 24 案件），且須填寫「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」。

保險對象持慢性病連續處方箋再調劑時，「案件分類」應填「08 或 28」，「就醫日期」欄位，應填寫病患原就診日期，「治療結束日期」應填寫病患實際調劑日期。

另有關門診醫療服務點數清單資料格式之「代辦費用點數」欄位，如免部分負擔代號為「003」、「004」、「005」、「006」、「901」、「902」及「903」者，該欄仍請填寫應收之部分負擔點數，且不得併入「合計點數」之計算。

註 8：身分證號碼檢查原則：

1. 身分證號碼長度共十位，第一位為英文字母(L1)，其它 D1-D9 為數字

L1	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

計算方法

2. 英文字母(L1)由下表中找到所對應之兩位數字，十位數為 X1，個位數為 X2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
字母	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M	N	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y	W	Z	I	O
代號	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

3. $Y = X1 + 9 * X2 + 8 * D1 + 7 * D2 + 6 * D3 + 5 * D4 + 4 * D5 + 3 * D6 + 2 * D7 + D8 + D9$
如 Y 能被 10 整除，則表示號碼正確

註 9：

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(一個月) IC12. 第二次(二至三個月)
 IC13. 第三次(六至七個月) IC14. 第四次(九至十個月)
 IC15. 第五次(一至二歲第一次) IC16. 第六次(一至二歲第二次)
 IC17. 第七次(二至三歲) IC18. 第八次(三至四歲)
 IC19. 第九次(未滿七歲)
 IC71. 第一次(一個月) IC72. 第二次(二至三個月)
 IC73. 第三次(六至七個月) IC74. 第四次(九至十個月)
 IC75. 第五次(一至二歲第一次) IC76. 第六次(一至二歲第二次)
 IC77. 第七次(二至三歲) IC78. 第八次(三至四歲)
 IC79. 第九次(未滿七歲)

【IC11~ IC19 限非基層醫療院所申報，IC71~ IC79 限基層醫療院所申報，IC11~ IC16、IC71~ IC76
 90.6 增訂，93.1 增列 IC，IC17~ IC19 及 IC77~ IC79 93.7 增訂】

成人預防保健服務： IC21. (四十歲以上未滿六十五歲者) IC22. (超過六十五歲以上者)
 IC23. (罹患小兒麻痺且年在 35 歲以上者) 97.12 增訂

婦女子宮頸抹片檢查： IC31. (每年檢查乙次) IC35 (每年乙次助產所)

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. (妊娠第二期第一次) IC44. (妊娠第二期第二次)
 IC45. (妊娠第三期第一次) IC46. (妊娠第三期第二次)
 IC47. (妊娠第三期第三次) IC48. (妊娠第三期第四次)
 IC49. (妊娠第三期第五次) IC50. (妊娠第三期第六次)
 (助產所請填 IC51~ IC60)

婦女乳房檢查服務： IC91. (乳房造影) (93.7 增訂)

兒童牙齒預防保健： IC81. (93.7 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. (慢性病連續處方第二次以後調劑者)

IC06. (代辦職災病患就診，89.1 增訂)

IC07. (代辦門診戒菸，91.9 增訂)

IC08. (代辦精神科強制住院，92.6 增訂)

IC09. (代辦無健保病患就醫，96.7 修訂)

IC10. (代辦性病患者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. (未加保之移植捐贈者)

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

流感病毒抗原快速篩檢：ICHN(98.8.1 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，不必另外加蓋健保卡戳章，亦不得收取部分負擔費用。該次治療及藥品以「門診醫療服務點數清單」申報，就醫序號欄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，並不得另行申報診察費。
3. 各項預防保健服務費用申報，併當月份門診費用，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院所，則可合併申報。

註 9-1：異常代碼對照表

(依本局 97 年 9 月 10 日健保醫字第 0970002562 號函之健保 IC 卡資料上傳作業說明異常代碼對照表填寫)

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	C001	停電、例外就醫
D000	D001	醫療資訊系統(HIS)當機
D010	D011	醫療院所電腦故障
E000	E001	健保總局資訊系統當機、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
IC89		無力繳納健保費
IC98		未加保之移植捐贈者

IC09		無健保愛滋病患就醫
------	--	-----------

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。

註 10：部分負擔代號(共三碼)

1. 免部分負擔規定

- 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)(代辦)
- 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)(代辦)
- 代碼 005：經登記列管結核病患至衛生署公告指定之醫療院所就醫者(代辦)
- 代碼 006：勞工保險被保險人因職業傷害或職業病門診者(代辦)
- 代碼 007：山地離島地區之就醫(88.7 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：本局其他規定免部分負擔者，如產檢時，同一主治醫師並同開給一般處方，百歲人瑞免部分負擔，代辦門診戒菸業務等(部分代辦)、代辦性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫
- 代碼 801：HMO 巡迴醫療
- 代碼 802：蘭綠計劃
- 代碼 901：多氯聯苯中毒之油症門診患者(代辦)
- 代碼 902：代辦內政部三歲以下兒童醫療補助計劃(91.03.1 增訂)(代辦)
- 代碼 903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者(92.9 增訂)(代辦)
- 代碼 904：代辦愛滋病案件(95.3 增訂)(代辦)

註：符合 006 者應優先填寫，再則依全民健康保險法規定（健保法 36 條）免自行負擔者優先擇一適用填寫，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），再者若非上開情形者，屬代辦補助部分負擔者，再由上而下優先擇一適用填寫。（97.2.13 健保醫字第 0970001927 號函）

2. 應部分負擔方式及金額

	一般門診	轉診 門診	急診 (含轉診急診)	牙醫	中醫
醫學中心	☆ 360	☆ 210	☆450	50	50
區域醫院	☆ 240	☆ 140	☆300	50	50
地區醫院	☆ 80	☆ 50	150	50	50
基層院所	50		150	50	50

註：粗寫體☆部分係 94. 7. 15 增修訂。

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. 8 新增, 91. 9 修訂, 93. 1 修訂
取消高利用率及檢驗、檢查部分負擔)

3(轉診, 94. 7. 15 增訂)

4(住院出院或門診手術 7 日內之回診, 94. 7. 15 增訂)

. 第三碼(身分別)： 0 或 2(一般身分)

3(持殘障手冊)

• 居家照護：代碼 K00，應自行負擔百分之十

● 西醫

• 應部分負擔方式及金額

代碼 部分負擔金額 說明(☆代碼:94. 7. 15. 增修訂)

☆ A00 450 醫學中心；急診

☆	A12	360	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(98.8起)
	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
☆	A30	*	醫學中心；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健
☆	A40	*	醫學中心；住院出院或門診手術7日內之回診、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(98.8起)
	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
☆	B30	*	區域醫院；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健
☆	B40	*	區域醫院；住院出院或門診手術7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)
	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
☆	C30	*	地區醫院；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健
☆	C40	*	地區醫院；住院出院或門診手術7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

●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
E20	*	(93.1 起停止使用)
E23	*	(93.1 起停止使用)
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
F20	*	(93.1 起停止使用)
F23	*	(93.1 起停止使用)
G00	150	地區醫院；急診
G10	50	地區醫院；一般門診
G20	*	(93.1 起停止使用)
H00	150	基層院所；急診
H10	50	基層院所；一般門診
H20	*	(93.1 起停止使用)

●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

N10	50	醫學中心；一般門診
N20	*	醫學中心；藥品或中醫傷科
Q10	50	區域醫院；一般門診
Q20	*	區域醫院；藥品或中醫傷科
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
S10	50	基層院所；一般門診
S20	*	基層院所；藥品或中醫傷科

註：「*」依實際情形，應收之部分負擔金額

註 11：處方調劑方式補充說明：

1. 就診未有藥品處方開立案件，則項次 23 之「處方調劑方式」請填寫 2(未開處方)

2. 門診醫療服務點數清單(資料格式 12)之藥品醫令如有交付調劑者，則項次 23 之處方調劑方式請填寫 1(交付調劑)

3. 交付調劑案件申報方式：

- (1) 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項次 9「醫令類別」欄請填寫 4，單價及點數則填入 0。
- (2) 申報符合全民健康保險法第四十三條及全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第三條所定緊急傷病之患者自行調劑超過 5% 以上者，本局將加重審查。
- (3) 案件分類原符合「一般案件」者，應以「其他專案」申報。

4. 同時給予病患注射並交付調劑其他藥品之申報方式：

處方交付調劑案件，若患者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病患注射，僅交付口服藥處方；醫師得申報注射藥品費用（若屬大型點滴注射時，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，「處方調劑方式」則仍填寫「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。

牙醫門診每人每次總醫療費用在三百元以下者。

註 13: 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 口腔顎面外科 AJ 胸腔暨重症加護 HA 脊椎骨科

註 14: 門診（或急診）當次轉住院，如仍由同科醫師診治時，健保卡使用一格，其費用應以合併於住院費用申報為原則；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、住診費用可分別列報，視同另次診療，健保卡分別各蓋院所日期戳章。

註 15: 門診（或急診）當次轉住院之病人雖經「同科」不同醫師診治同一病患時，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，如由同一醫師診療者，以合併申報為原則，健保卡（兒童健康手冊）只須蓋一個戳章。

註 17: 受理排程檢查或轉檢案件，皆不得於健保卡蓋戳章；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項次 22『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，出具出國證明（如機票等）一次領取二個月用藥量時，請以乙次批價作業、併報方式辦理，即『給藥日份』填報二個月藥量，『藥事服務費』欄位填報二次藥事服務費之加總，『藥事服務費項目代號欄位』依原支付標準調劑項目代碼申報（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. 本局公告之九十七種慢性病，其費用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」，當次費用之案件分類為「04：西醫慢性病」；保險對象逕持慢性病連續處方箋調劑者，案件分類為「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，其案件分類應為「09：西醫其他專案」。若併開給慢性病連續處方箋者，應申報案件分類為「04：西醫慢性病」，另項次 22「給藥日份」依當次慢性病給藥品項最高之天數填報。（93.03 修訂）

註 20：特約醫療院所申報汽車交通事故患者之醫療費用時，住院、門診案件之填報方式：

特約院所申報汽車交通事故患者之醫療費用時，門診案件，依事故情形，於醫療服務點數清單之「國際疾病分類號碼」欄加填外因分類碼 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費用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：居家照護案件填報方式（97.4 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，仍採療程每月申報一次方式，惟增訂訪視人員代號及訪視日期申報填寫方式說明如下：

- （1）門診醫療服務點數清單：項次 10「就醫日期」欄位，填報該月第一次訪視日期，10-1「治療結束日期」填報該月最後一次訪視日期。項次 25「診治醫師代號」欄位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，並於項次 11-1-2「藥品使用頻率」（格式 X18）之欄位填報訪視人員代號及訪視日期，前 10 碼填報身分證號、7 碼填報訪視日期（如 N1112677590970401），最後 1 碼補空白。（另註：70 BYTE，REDEFINE 欄位支付成數免填）

註 23：補報案件增訂下列申報方式：（98 年 3 月公告，7 月實施）

1. 項次 13 應填報「補報原因註記」。

2. 補報醫令差額案件請依下列原則辦理：

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「診察費點數」、「藥事服務費點數」欄。如為藥品、特材或診療費請填報醫療服務醫令清單，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「用藥明細小計」或「診療明細小計」欄位。

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

1. 當「門診醫療服務醫令清單」之項次 09「醫令類別」代碼為「0：診察費」及「9：藥事服務費」，且為申報單筆時，需同時於「門診醫療服務點數清單」之項次 29「診察費項目代號」及項次 30「藥事服務費項目代號」欄位內填入支付標準碼，並填報項次 29-1「診察費」及項次 30-1「藥事服務費」欄位(填報之數值等於「門診醫療服務醫令清單」項次 09「醫令類別」代碼「0：診察費」或「9：藥事服務費」之項次 14「點數」欄位)。
2. 當「門診醫療服務醫令清單」之項次 09「醫令類別」代碼「0：診察費」及「9：藥事服務費」，且為申報多筆時，於「門診醫療服務點數清單」之項次 29「診察費項目代號」及項次 30「藥事服務費項目代號」欄位內填充白，項次 29-1「診察費」及項次 30-1「藥事服務費」欄位為「門診醫療服務醫令清單」項次 09「醫令類別」代碼「0：診察費」或「9：藥事服務費」之項次 14「點數」欄位加總。