

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@.tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國107年7月19日

發文字號：全醫聯字第1070000971號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文(1070000971\_Attach1.pdf、1070000971\_Attach2.pdf、1070000971\_Attach3.pdf、1070000971\_Attach4.xlsx、1070000971\_Attach5.pdf、1070000971\_Attach6.pdf、1070000971\_Attach7.pdf)

主旨：轉知健保署檢送「特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式(門診、住院及交付機構)及填表說明(XML檔案格式)」(版更日期：107年7月)(如附件1、2及3)，請轉知轄區特約醫事服務機構配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依健保署107年7月11日健保醫字第1070033418號函辦理。
- 二、旨揭門診、交付機構及住院申報格式及填表說明增修重點，略以如下：


(一)門診增修部分：

- 1、總表段：修正4項欄位代號及文字說明。
- 2、點數清單段：修正20項欄位代號及文字說明；新增IDd55「轉往之醫事服務機構」及IDd56「原處方就醫序號」2項欄位；刪除IDd46「急診治療起始時間」及IDd47「急診治療結束時間」2項欄位。
- 3、醫令清單段：修正11項欄位代號及文字說明；新增欄



\*XC04100971\*





位IDp22「未列項註記」、IDp23「未列項名稱」、IDp24「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號」3項欄位。

4、配合門診點數及醫令清單段，同步修正備註等相關說明。

(二)交付機構增修部分：

1、點數清單段：修正4項欄位代號及文字說明。

2、醫令清單段：修正7項欄位代號及文字說明。

3、配合交付機構點數及醫令清單段，同步修正備註等相關說明。

(三)住院增修部分：

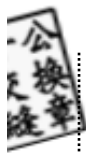
1、總表段：修正8項欄位代號及文字說明；新增IDt33「護病比加成點數總計」。

2、點數清單段：修正10項欄位代號及文字說明；新增IDd112「護病比加成點數」；刪除IDd8「汽機車交通事故」、IDd22「外因分類(一)」、IDd23「外因分類(二)」、IDd105「急診治療起始時間」、IDd106「急診治療結束時間」5項欄位。

3、醫令清單段：修正11項欄位代號及文字說明；新增欄位IDp24「未列項註記」、IDp25「未列項名稱」、IDp26「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號」3項欄位。

4、配合住院點數及醫令清單段，同步修正備註等相關說明。

三、依本署於107年4月17日邀集相關醫事代表召開研商增刪「



裝

訂

線

特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」會議決議，略以如下，並自費用年月108年1月起適用之：

- (一)門診欄位：刪除IDd46「急診治療起始時間」及IDd47「急診治療結束時間」、新增IDd55「轉往之醫事服務機構代號」IDd56「原處方就醫序號」IDp24「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號」。
- (二)住院欄位：新增IDt33「護病比加成點數總計」IDd112「護病比加成點數」IDp26「委託及受託執行轉(代)檢醫事服務機構代號」，刪除IDd8「汽機車交通事故」、IDd22「外因分類(一)」、IDd23「外因分類(二)」IDd105「急診治療起始時間」、IDd106「急診治療結束時間」。

四、除說明二外，其餘增修欄位係彙整自歷次函文(詳見變更說明表附件4至6)，故請依本署原函知各項適用之費用年月辦理。

五、另於門診及交付機構填表說明備註中，增列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。

六、為便於特約醫事服務機構查閱本次修正內容，相關附件資料同步放置本署全球資訊網及健保資訊網(VPN)供參。

正本：各縣市醫師公會

副本： 

理事長 邱泰源



# 「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"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</u> <u>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> 、代檢或、處方調劑 <u>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>、代檢或處方調劑<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" data-bbox="1243 1034 1659 1385"> <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> 逐一填報，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 個月用藥量案件(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 個月用藥量案件 (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

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

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

$$\text{檢查碼}=10-1=9$$

☆外國人或遊民 FA12345689 (9 為正確之檢查碼)

F A 1 2 3 4 5 6 8

↓

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

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

$$\text{檢查碼}=10-1=9$$

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>E002</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>E003</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」欄位請填充白，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...)

$yW_zD$ :每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

$MCD_xD_y$ :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>

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>	<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> <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>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>
			<u>3.醫事檢驗機構</u>	<u>醫事檢驗機構</u> <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>	<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：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>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> <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)。

# 「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：107.7.11

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)- <u>欄位 IDd112(護病比加成點數)</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(護病比加成點數)+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(護病比加成點數)+ 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)、 <u>7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)</u> 、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)、 <u>7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)</u> 、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)- <u>欄位IDd112(護病比加成點數)</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)- <u>欄位 IDd112(護病比加成點數)</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) <u>+欄位 IDt33</u> 。 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。
△	<u>t33</u>	<u>護病比加成點數總計</u>	<u>10</u>	<u>9</u>	<u>為欄位 IDd112之點數加總。</u>

(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	<p>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：</p> <p>1:補報整筆案件</p> <p>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(全日平均護病比達特定範圍加成)及醫令編號02025B(出院準備及追蹤管理費)外，餘均不適用)】。</p> <p>4:103年DRGs補報專案</p> <p>二、申報類別(欄位IDt5)為1(送核)案件，本欄免填(98.07起適用)。</p>
*	d2	流水編號	6	9	<p>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。</p> <p>二、最小值為1。</p> <p>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。</p>
*	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	<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。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。</p> <p>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。</p>
*	d7	給付類別	1	X	一、參閱申報說明註 13。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>二、給付類別代碼：</p> <p>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：<del>88年9月起申報類別為「2:補報」者使用。</del> 9:呼吸照護：<del>89年6月起申報類別為「2:補報」者使用。</del></p> <p>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」。</p> <p>A:安寧療護:<del>89年7月起申報類別為「2:補報」者使用。</del>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。</p> <p>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:全民健康保險加強慢性B、C型肝炎治療試辦計畫(92.10增訂)、<u>C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫(106.1.24新增)</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<a href="#">Y:八仙樂園粉塵爆燃事件 (104.06.27增訂)</a> Z:高雄氣爆事件 (103.07.31增訂)
*	d8	汽機車交通事故 (刪除本項欄位)	1	X	Y:汽機車交通事故 N:非汽機車交通事故或原因不明 參閱申報說明註12
*	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。 <a href="#">7:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件(106.2.4 新增)</a> 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 A3:特定案件

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>A4:支付制度試辦計畫</p> <p>(1)全民健康保險乳癌醫療給付改善方案<del>試辦方案</del>者，病患來源(欄位 IDd16)應為「N、C、R:乳癌<del>試辦</del>計畫」</p> <p>(2)全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療<del>試辦</del>計畫、<u>C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫</u>者，給付類別(欄位 IDd7)應為「M: 肝炎試辦計畫」</p> <p>(3)呼吸照護試辦計畫者，給付類別(欄位 IDd7)應為「9:呼吸照護」</p> <p>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)</p> <p>四、協助衛生福利部給付案件代碼 (B1~BZ):</p> <p>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」)。</p> <p>五、協助疾病管制署給付案件代碼 (C1~CZ):</p> <p>C1:AIDS 案件:依疾病管制署訂定「人類免疫缺乏病毒檢驗預防治療費用支付手冊」規定</p> <p><del>【費用年月 103.02.01(含)起刪除】</del><del>【(費用年月 104.01.01(含)起刪除】</del></p> <p>C4:無健保結核病患之醫療費用(96年7月9日函增訂)</p> <p>案件分類 C4 結核病案件，請詳參疾病管制署「結核病公務預算支付醫療費用作業手冊」規定。</p> <p>六、協助衛生福利部低收入給付案件代碼(D1~DZ):</p> <p>DZ:低收入戶住院膳食費(97年3月26日增訂)</p>
*	d9	就醫科別	2	X	<p>一、請依註5規定填寫。</p> <p>二、若不足位者前補0，如家醫科，為01。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d16	病患來源	1	X	<p>一、參閱申報說明註 13。</p> <p>二、病患來源代碼：</p> <p>1:初、複診</p> <p>2:急診</p> <p>3:轉診</p> <p>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）</p> <p>N、C、R：乳癌試辦計畫（90.12）</p> <p>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）</p> <p>7:同次住院費用依規定切帳申報案件</p>
*	d17	就醫序號	4	X	<p>一、參閱申報說明註 13。</p> <p>二、請依健保 IC 卡規定之就醫序號填寫，四碼流水號例如：0001。</p> <p>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。</p>
△	d18	Tw-DRG碼	5	X	<p>一、依公告之 Tw-DRGs 權重表之代碼申報。</p> <p>二、案件分類（欄位 IDd1）為「5: Tw-DRGs 案件」者，本欄為必填欄位。</p> <p>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」。</p> <p>四、申報之 Tw-DRG 碼應符合 Tw-DRGs 分類架構及原則。</p>
△	d19	Tw-DRG 支付型態	1	X	<p>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。</p> <p>0:費用在 Tw-DRGs<sub>s</sub> 上下限臨界點範圍內者</p> <p>1:費用高於 Tw-DRGs<sub>s</sub> 上限臨界點者</p> <p>2:費用低於 Tw-DRGs<sub>s</sub> 下限臨界點核實申報者</p> <p>3:無權重之 Tw-DRGs<sub>s</sub> 核實申報者</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>4:該 Tw-DRGs 個案&lt;20 核實申報者</p> <p>5:論日支付者【轉歸代碼（欄位 IDd24）為 5(一般自<u>行要求動</u>出院)或 6(<u>安排至其他醫院轉院</u>)個案，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】</p> <p><u>6:費用高於上限臨界點核實申報者</u></p>
*	d20	主治醫師代碼	10	X	<p>一、參閱申報說明註 14。</p> <p>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。</p> <p>三、詳欄位 IDd3(身分證統一編號)資料說明。</p>
△	d21	DRGs碼	5	X	<p>一、凡屬論病例計酬案件者應依所訂之參考碼填寫。</p> <p>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。</p>
△	<del>d22</del>	<del>外因分類(一) (刪除本項欄位)</del>	<del>5</del>	<del>X</del>	<del>汽機車交通事故（欄位 IDd8）為「Y」時，本欄為必填欄位。 參閱申報說明註 12 (刪除本項欄位)</del>
△	<del>d23</del>	<del>外因分類(二) (刪除本項欄位)</del>	<del>5</del>	<del>X</del>	<del>同上。 (刪除本項欄位)</del>
*	d24	轉歸代碼	1	X	<p>一、參閱申報說明註 20 <u>及註 22</u>。</p> <p>二、轉歸代碼： 1:<u>依醫囑治療</u>出院</p>



符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>2:繼續住院</p> <p>3:<u>依醫囑出院改本院門診治療</u></p> <p>4:死亡</p> <p>5:一般自<u>行要求動</u>出院</p> <p>6:<u>安排至其他醫院轉院</u></p> <p>7:身份變更</p> <p>8:<u>逾假未歸或不假離院潛逃</u></p> <p>9:<u>自殺</u></p> <p>0:其它</p> <p>A:病危自動出院</p> <p>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</p> <p><u>D:醫院間轉急性後期照護</u></p> <p><u>E:院內轉急性後期照護</u></p> <p><u>F:因療程需要計劃性出院</u></p> <p><u>G:依醫囑出院轉機構照護</u></p> <p><u>H:依醫囑出院並轉介照管中心/長照需求評估</u></p> <p><u>I:依醫囑出院並安排居家醫療</u></p> <p><u>J:依醫囑出院並轉社區精神醫療</u></p> <p><u>K:轉自費身份繼續住院</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>
*	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	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。
△	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	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)代碼十二	9	X	同上。
△	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	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。
△	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	7	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	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。
*	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」之定額費用減欄位 IDd84 之部分負擔點數（申請費用點數=醫令類別為「2 診療明細」之點數－清單段部分負擔點數+欄位 IDd112 點數）。 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

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	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，



符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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)。
△	d100	依附就醫新生兒出生年月日	7	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。</p> <p>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- 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)。</p>

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	<p>一、本項欄位 IDd100 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" data-bbox="1256 820 1671 1353"> <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> <tr><td>7</td><td>G</td><td>g</td></tr> <tr><td>8</td><td>H</td><td>h</td></tr> <tr><td>9</td><td>I</td><td>i</td></tr> <tr><td>10~26</td><td>J~Z</td><td>j~z</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	7	G	g	8	H	h	9	I	i	10~26	J~Z	j~z
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																																						
7	G	g																																						
8	H	h																																						
9	I	i																																						
10~26	J~Z	j~z																																						

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	<p>0:無 (案件分類 5 者, 本項次應為 0)</p> <p>1:主診斷為癌症 (<u>C00.0-C94.32</u>、<u>C94.80-C96.9</u>、<u>C96.A</u>、<u>C96.Z</u>、<u>09A.1</u>、<u>Z51.0</u>、<u>Z51.11</u>、<u>Z51.12</u>、<u>Z08140.XX-176.XX</u>、<u>179.XX-208.XX</u>、<u>V58.0</u>、<u>V58.1</u>、<u>V67.1</u>、<u>V67.2</u>)、主診斷為性態未明腫瘤 (<u>D37-D48</u>、<u>J84.81</u>、<u>C94.4</u>、<u>C94.6235.XX</u>、<u>236.XX</u>、<u>237.XX</u>、<u>238.XX</u>) 案件</p> <p>2:主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院 (<u>D89.810-D89.813</u>、<u>T86.00-T86.09</u>、<u>T86.10-T86.19</u>、<u>T86.20-T86.29</u>、<u>T86.30-T86.39</u>、<u>T86.40-T86.49</u>、<u>T86.5</u>、<u>T86.810-T86.819</u>、<u>T86.850-T86.859</u>、<u>T86.90-T86.99</u>、<u>Z94.0-Z94.4</u>、<u>Z94.6</u>、<u>Z94.81-Z94.84</u>、<u>Z94.89</u>、<u>Z94.9996.8X</u>、<u>V42.XX</u>) 案件</p> <p>3:MDC19、MDC20 之精神科案件</p> <p>4:主或次診斷為愛滋病(<u>B20042</u>)、凝血因子異常(<u>D66</u>、<u>D67</u>、<u>D68.1</u>、<u>D68.2</u>、<u>D68.4</u>、<u>286.0</u>、<u>286.3</u>、<u>286.7</u>) 案件</p> <p>5:主或次診斷為行政院衛生福利部公告之罕見疾病案件</p> <p>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)</p> <p>7:住院超過 30 日之個案(急性病床天數+慢性病天數&gt;30 日)</p> <p>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一)</p> <p>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</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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。</p> <p>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 案件或 &gt;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。</p> <p>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)</p> <p>C:未實施之 Tw-DRGs 案件【欄位 IDd18 (Tw-DRGs 碼)欄位應為 Tw-DRGs 之代碼)】</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>F:使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 <a href="#">39-655A15223</a>)者</p> <p>G:原應屬 Tw-DRGs 範圍暫以論量計酬方式申報者</p> <p>H:<a href="#">次要手術為尚未納入健保給付者</a></p> <p>J:執行搏動氣球植入術(費用年月 103.07 增訂)</p> <p>K:<a href="#">已於第一階段實施之部分</a>高危險生產疾病 (費用年月 103.07 增訂)</p> <p>L:骨盆腔多器官重建手術之個案 (費月年月 104.01.01 增訂)</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					M:HTA診察費等論量申報(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)
△	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。
△	d105	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。 三、本欄請填保險對象進入急診室之時間。</del>
△	d106	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。 三、本欄請填保險對象離開急診室之時間。</del>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	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，請填保險對象轉入依轉診單之轉入服務機構代號填入。
△	d108	轉出往之醫事服務機構代號	10	X	欄位IDd24(轉歸代碼)為代碼6(安排至其他醫院轉院)、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	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。
△	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:提升全民健康保險急性後期整合照護品質試辦計畫-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) 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)
*	d112	護病比加成點數	8	9	一、醫令類別 K (全日平均護病比達特定範圍加成) 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	<p>醫令類別代碼如下：</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(參閱註18)</p> <p>7:代檢及轉檢</p> <p>8:器官捐贈</p> <p>A:Tw-DRGs醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001，且案件分類應為5。</p> <p>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」。</p> <p>C:急診治療起迄時間</p> <p>D:被替代之健保給付特材項目</p> <p>E:自費特材項目-未支付</p> <p>F:自費特材項目-不符給付規定</p> <p>G:專案支付參考數值</p> <p>H:醫療科技評估(HTA)自費診療項目(104.02.15 新增)</p> <p><u>K:全日平均護病比達特定範圍加成</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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）。</p> <p>B、Z 之醫令類別應同時存在。</p> <p>Y：器官捐贈來源之資訊，醫令代碼必為「Y00000」。</p> <p>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。</p> <p>(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)</p> <p><del>(2)醫令代碼為 CBA01*或 CBA02 開頭且點數清單段欄位 IDd45~欄位 IDd64 處置碼需有一為 3761。(103.07.01 改以「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」代碼 J(執行搏動氣球植入術)申報。</del></p> <p>(23)醫令代碼為 57114C、57115C、57116B 者,MDC 必為 14。</p> <p>(34)該點數並依支付標準之各部章節</p> <p>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。</p>
*	p3	醫令代碼	12	X	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、Tw-DRG 醫令代碼：</p> <p>1.Tw-DRGs 支付內容「A00000~A00006」，每一個案均應申報：</p> <p>(1) A00000:相對權重 RW。</p>



符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>(2) A00001:標準給付額 SPR。</p> <p>(3) A00002:該 Tw-DRG 幾何平均住院日。</p> <p>(4) A00003:該 Tw-DRG 下限臨界點。</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</p> <p>(7) A00006:該 Tw-DRG 上限臨界點。</p> <p>2.基本診療加成「A10000~A10003」,每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) A10000:無加成「0」。</p> <p>(2) A10001:醫學中心加成。</p> <p>(3) A10002:區域醫院加成。</p> <p>(4) A10003:地區醫院加成。</p> <p>3.兒童加成率「A20000~A40003」,每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) 非 MDC15 內科系加成:</p> <p>A.A20000:非 MDC15 內科系無加成「0」。</p> <p>B.A20001:非 MDC15 內科系&lt;6 個月兒童加成。</p> <p>C.A20002:非 MDC15 內科系&gt;=6 個月,&lt;2 歲兒童加成。</p> <p>D.A20003:非 MDC15 內科系&gt;=2 歲,&lt;=6 歲兒童加成。</p> <p>(2) 非 MDC15 外科系加成:</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>A.A30000:非 MDC15 外科系無加成 0」。</p> <p>B.A30001:非 MDC15 外科系&lt;6 個月兒童加成。</p> <p>C.A30002:非 MDC15 外科系&gt;=6 個月,&lt;2 歲兒童加成。</p> <p>D.A30003:非 MD15C 外科系&gt;=2 歲,&lt;=6 歲兒童加成。</p> <p>(3) MDC15 加成:</p> <p>A.A40000:MDC15 無加成「0」。</p> <p>B.A40001:MDC15&lt;6 個月兒童加成。</p> <p>C.A40002:MDC15&gt;=6 個月,&lt;2 歲兒童加成。</p> <p>D.A40003:MDC&gt;=2 歲,&lt;=6 歲兒童加成。</p> <p>4.CMI 加成率「A50000~A50003」,每一個案均應申報其中之一:</p> <p>A50000:CMI 值無加成「0」。</p> <p>A50001:CMI 值大於 1.1,小於等於 1.2 加成。</p> <p>A50002:CMI 值大於 1.2,小於等於 1.3 加成。</p> <p>A50003:CMI 值大於 1.3 加成。</p> <p>5.山地離島加成「A60000~A60001」,每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) A60000:無山地離島加成。</p> <p>(2) A60001:山地離島加成。</p> <p>6.Tw-DRGs 支付定額「B00000」,每一個案均應申報:</p> <p>B00000 (Tw-DRGs 支付定額,小數點下 1 位 4 捨 5 入,取整數) = A00000(相對權重 RW)×A00001 (標準給付額 SPR) × (1+ 基本診療加成 A10000~A10003 其中之一+</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>兒童加成 A20000~A40003 其中之一+ CMI 加成率「A50000~A50003」其中之一+山地離島加成 A60000~A60001 其中之一)</p> <p>7.上限臨界點「C00000~C00004」每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) C00000:無上限臨界點請填「0」(當 A00000:相對權重 RW 為「0」無權重時,填此醫令)</p> <p>(2) C00001:上限臨界點為 A00006 者。</p> <p>(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)。</p> <p>(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)。</p> <p>(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)</p> <p>8.邊際成本計算「D00000~D00003」(每一個案均應申報其中之一):</p> <p>(1) D00000 (當支付型態非「1」時,填此醫令):無邊際成本請填「0」。</p> <p>(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 醫療服務點數-C00001 或 C00002 上限臨界點】×0.8。</p> <p>(3) D00002:不計算邊際成本,當支付型態為「1」,上限臨界點為 C00003 不列入計算上限臨界點者,填此醫令,邊際成本請填「0」。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>(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</p> <p>9.Tw-DRGs 支付點數「E00000~E00005」,每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3)E00002 費用低於下限臨界點核實申報者=A00004 醫療服務點數</p> <p>(4)E00003 無權重之 Tw-DRGs 核實申報者=A00004 醫療服務點數</p> <p>(5)E00004 該 Tw-DRGs 個案&lt;20 核實申報者=A00004 醫療服務點數</p> <p>(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項次第 46+47 之急慢性病床天數;小數點下1位四捨五入,取整數。</p> <p>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:</p> <p>(1)H00000:無使用第二類得加計額外點數特殊材料者,請填「0」。</p> <p>(2)H00011~ H00013:不得加計額外點數者,請填「0」。</p> <p>A.H00011:實際醫療費用點數(A00004)低於等於下限臨界點(A00003)者。</p> <p>B.H00012:實際醫療費用點數(A00004)小於等於 Tw-DRGs 定額(B00000)者。</p> <p>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。</p> <p>(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</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>數以下列情況之一取低者：</p> <p>A.H00021:加計點數採打折後之新功能特材總點數。</p> <p>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。</p> <p>(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：</p> <p>A.H00031:加計點數採打折後之新功能特材總點數。</p> <p>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。</p> <p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(2)F00001 =E00002 或 E00003 或 E00004+醫令類別 X 之點數+「H00000~H00032」之點數</p> <p>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：</p> <p>(1) G00000:部分負擔代碼改變已切帳申報之個案資料。</p> <p>(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」。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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。</p> <p>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。</p> <p>15.自費特材點數申報：</p> <p><u>16.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。</u></p> <p><u>17.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。</u></p> <p><u>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。</u></p>
*	p4	支付成數	<u>3</u> <u>6</u>	X	<p>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，<u>整數3位，小數點需填報</u>，取至小數點下二位，第三位四捨五入<u>即999.99</u>(如:加二成請輸入120.<u>00</u>,無加成為100.<u>00</u>,打八折為080.<u>00</u>)。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)，則本欄請填「000.<u>00</u>」。</p> <p>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.<u>00</u>（無加成）。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	p5	藥品用量	7	9	<u>一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。</u> <u>二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。</u>
△	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。 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、 <u>藥品</u> 等項目此欄為必填欄位。
△	p7	給藥途徑/作用部位	4	X	<u>一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。</u> <u>二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。</u>
△	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	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。
△	p10	診療之部位	618	X	一、若醫令代碼為註 19 之診療項目者，則本欄為必填欄位。 <del>二、診療之部位代碼：右側填 R、左側填 L、雙側填 B。</del> <del>二二</del> 、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，本欄位為必填欄位，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>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。</u>
△	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，

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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。 <u>三、醫令代碼 ISS, 本欄為必填欄位。</u>
△	p12	切帳前筆資料	21	X	一、醫令代碼為 G00000、 <u>903</u> 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。
*	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。



符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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」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。</p> <p>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。</p> <p>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。</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」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，則本欄為申報迄日。</p> <p>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。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>四、若資料為 0，則填 0。</p>
*	p17	單價	10	9	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>四、若資料為 0，則填 0。</p>
*	p18	點數	8	9	<p>一、總量乘單價，並加成計算，四捨五入取整數。</p> <p>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。</p> <p>三、若資料為 0，則填 0。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	p19	事前審查受理編號	13	X	<p>一、請填事前申請書之受理編號。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
△	p20	執行醫事人員代號	10	X	<p>一、申報之醫令代碼為麻醉、<u>手術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居家照護師執行之項目</u>、<u>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>，本欄為必填欄位。</p> <p>二、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。</p>
△	p21	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 者，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</u></p> <p>2:PACS</p> <p>3:行政院衛生福利部全國醫療影像交換中心</p> <p><u>4:複製片-由病患自費取得提供</u></p> <p>9:其他</p>
△	p22	就醫科別	2	X	<p>一、請依申報說明註 5 規定填寫。</p> <p>二、不足位者前補 0，如婦產科，為 05。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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（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。
△	p24	<u>未列項註記</u>	1	X	<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。</u> <u>三、未列項註記代碼：</u> <u>1:技術困難度比照。</u> <u>2:支付點數比照。</u>
△	p25	<u>未列項名稱</u>	100	X	<u>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：</u> <u>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。</u> <u>二、同院所同一未列項目，本欄位應一致。</u> <u>三、同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。</u>
△	P26	<u>委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>	10	X	<u>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</u>

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 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】。

(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（1A）（2B）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以為 92 日兩個月（含）以上為申報一次為原則，不足二 92 日個月之案件，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:汽機車交通事故保險對象之醫療費用填報方式: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 T17-T18、T36~T65、T67-T78、T88.7。

汽機車交通事故患者之醫療費用時,住院案件請於點數清單段上「汽機車交通事故」欄位填 Y,欄位 IDd22 及欄位 IDd23「外因分類」欄,依事故情形外因分類碼 E810 至 E819。

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	d1	d4	d17	備註
行政 協助單位	案件分類	部分負擔代號	健保卡就醫序號	
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 (加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫、 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。 2.加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫給付類別應為「M」。 3.乳癌醫療給付改善方案試辦方案病患來源應為「N、C、R」。 4.呼吸照護試辦計畫,給付類別應為「9」。
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: 行政協助精神病患者強制住院	病患來源應為「S」

疾病管制署	代碼 C1~CZ： C1：AIDS 案件	904:行政協助愛滋病案件	非健保保險對象者以 「IC09:行政協助無健 保病患(結核病、愛滋病) 就醫」填入	欄位 IDd25 主診斷碼應為 <a href="#">042B20</a> 或 <a href="#">V08</a> 、 <a href="#">Z21</a>
-------	-------------------------	---------------	--	---

(2)其他代碼:

~~IC89:符合無力繳納保費者(88.2 增訂)。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）。

(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)
<del>C002</del>		<del>1820 歲以下兒少(依 99.12.06 健保醫字第 0990081857 號函新增) 106.10.05 廢止</del>
<del>C003</del>		<del>弱勢民眾安心就醫方案-懷孕婦女例外就醫-106.10.05 廢止</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
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，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

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）

$$\begin{array}{r}
 \text{A} \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7 \quad 8 \\
 \downarrow \\
 1 \quad 0 \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7 \quad 8 \\
 * \quad 1 \quad 9 \quad 8 \quad 7 \quad 6 \quad 5 \quad 4 \quad 3 \quad 2 \quad 1 \quad (\text{特定數}) \\
 \hline
 1 \quad 0 \quad 8 \quad 4 \quad 8 \quad 0 \quad 0 \quad 8 \quad 4 \quad 8 \quad (\text{取個位數，不進位}) \\
 \\
 1+0+8+4+8+0+0+8+4+8=21 \\
 \text{檢查碼}=10-1=9
 \end{array}$$

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 (特定數)  
-----  
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，其包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 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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	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 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。
	33085B	有造影劑	
正子造影	26072B	全身	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 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。
	26073B	局部	
<u>高頻熱凝療法</u>	<u>83079B</u>		O:其他 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
藥物	<a href="#">KC00879205</a>	<a href="#">RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG</a>	<a href="#">R:右側</a>
	<a href="#">KC00990288</a>	<a href="#">RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG</a>	<a href="#">L:左側</a>
	<a href="#">KC008792FM</a>	<a href="#">RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG</a>	<a href="#">B:雙側</a>
	<a href="#">K000938248</a>	<a href="#">AFLIBERCEPT-注射劑2.00MG</a>	
	<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 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:

<u>代碼</u>	<u>適用說明</u>
<u>1:依醫囑出院</u>	<u>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。</u>
<u>F:因療程需要計劃性出院</u>	<u>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。</u> <u>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。</u>

註 23:全民健康保險藥品使用標準碼(~~106.04~~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,...)

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

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:沖洗

EXT:外用

XX:其他

# 特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明【XML 檔案格式，特約藥局、特約醫事檢驗(放射)所及特約物理(職能)治療所適用】

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	特約藥局：請填30。 特約物理(職能)治療所：請填40。 特約醫事檢驗(放射)所：請填60。
*	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	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	一、資料格式30（特約藥局）：為案件分類1、3、4、5、D之申請件數加總。 二、資料格式60[特約醫事檢驗(放射)所]：為案件分類1、2之申請件數加總。 三、資料格式40【特約物理（職能）治療所】：為案件分類1、2、3、4之申請件數加總。 四、若加總為0，則填0。
*	t8	一般案件申請點數	10	9	一、資料格式30：為案件分類1、3、4、5、D之申請點數加總。 二、資料格式60：為案件分類1、2之申請點數加總。 三、資料格式40：為案件分類1、2、3、4之申請點數加總。 四、若加總為0，則填0。
*	t11	申請件數總計	8	9	一、欄位IDt7、t9之件數加總。 二、若加總為0，則填0。
*	t12	申請點數總計	10	9	一、欄位IDt8、t10之申請點數加總。 二、若加總為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
△	t13	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。
△	t14	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。
△	t9	慢性病連續處方調劑案件申請件數	6	9	一、資料格式30：為案件分類2之申請件數加總。 二、資料格式40及資料格式60：本欄免填。
△	t10	慢性病連續處方調劑案件申請點數	10	9	一、資料格式30：為案件分類2之申請點數加總。 二、資料格式60及資料格式40：本欄免填。

(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
*	d21	原處方服務機構代號	10	X	<p>一、衛生福利部編定之代碼。</p> <p>二、資料格式 30(藥局)：藥事居家照護（案件分類 D）或協助辦理門診戒菸計畫(案件分類 5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄請填“N”。</p> <p>三、資料格式 60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2:成人預防保健第一階段」:本欄請填“N”。</p>
*	d1	案件分類	1	X	<p>一、資料格式30(藥局)之案件分類代碼：</p> <p>1:一般處方調劑 2:慢性病連續處方調劑 3:日劑藥費 4:肺結核個案DOTS執行服務費(費用年月97年1月1日起取消) 5:協助辦理門診戒菸計畫 D:藥事居家照護</p> <p>二、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類代碼：</p> <p>1:一般處方檢驗(查) 2:成人預防保健第一階段</p> <p>三、資料格式40[物理(職能)治療所]之案件分類代碼：</p> <p>1:中度治療—中度(含)以下之治療 2:中度治療—複雜 3:複雜 4:其他(97.06.16新增;職能治療所適用)</p>
*	d2	流水編號	6	9	<p>一、請依案件分類之類別分別連續編號。</p> <p>二、最小值為1。</p>



符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d22	原處方服務機構之案件分類	2	X	一、請依原處方所列之案件分類並參閱註3填寫。 二、資料格式30(藥局)： (一)慢性病連續處方調劑者(案件分類2)，本欄請依原處方所列之案件分類填報。 (二)藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥、提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2:成人預防保健第一階段」:本欄免填。
*	d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	7	X	一、請參閱註6填報。 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、資料格式30(藥局)：本欄請填實際調劑之日期，藥事居家照護(案件分類D)者，本欄位請填寫訪視日期。 四、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：參閱註6、7、8填報。 五、資料格式40[物理(職能)治療所]：參閱註13及15填報。
*	d6	出生年月日	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。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。
*	d3	身分證統一編號	10	X	國民身分證統一編號,或外籍居留證號碼。
*	d7	就醫序號	4	X	一、請依原處方所列之就醫序號填報。 二、資料格式30(藥局)： (一)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寫IC02或IC03或IC04。 (二)藥事居家照護(案件分類D)者，本欄請填“N”。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]： 案件分類「2：成人預防保健第一階段」：依預防保健服務時程代碼填寫(如：IC21:40歲

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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；IC24：身分別為原住民且55歲以上未滿65歲者)
*	d15	部分負擔代碼	3	X	<p>一、006，001~009(除006)，801，802，901，902，903，904者依序優先填寫，其餘下列規定部分負擔代碼填寫。</p> <p>二、資料格式30(藥局)部分負擔代碼：  I20:須加收藥費部分負擔者。  I21:藥費一百元以下免加收藥費部分負擔者  I22:符合本保險藥費免部分負擔範圍規定者，包括慢性病連續處方箋案件、牙醫案件、門診論病例計酬案件。  Z00:戒菸服務補助計畫須加收部分負擔者。  藥事居家照護（案件分類D）者，本欄請填“009”。</p> <p>三、資料格式40[物理(職能)治療所]部分負擔代碼：  P20:2-6次物理治療須加收50元部分負擔者。  P21:免收物理治療部分負擔者。  P22:第一次免收物理治療部分負擔。</p>
*	d25	醫事人員代號	10	X	<p>一、請填國民身分證統一編號,或外籍居留證號碼。</p> <p>二、資料格式 30(藥局)：藥事居家照護（案件分類 D）者，本欄請填輔導藥師之身分證統一編號。</p> <p>三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：保險醫事服務類別（欄位IDd39）屬1,2者，請以執行醫事服務人員代號填寫，如3,4者，如有檢驗與放射檢驗檢查項目同時執行，請擇一人代號填寫。</p>
*	d16	申請點數	8	9	<p>一、本欄為欄位IDd18減欄位IDd17之點數。</p> <p>二、若資料為0，則填0。</p>
*	d17	部分負擔點數	4	9	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
*	d18	合計點數	8	9	一、資料格式30：本欄為欄位IDd31、d32、d33、d38之點數加總。 二、資料格式60:本欄欄位IDd31、d32、d33之點數加總。 三、資料格式40:本欄欄位IDd31、d32之點數加總。 四、若資料為0，則填0
△	d19	行政協助項目部分負擔點數	6	9	<u>一、欄位IDd15(部分負擔代碼)欄位為 003、004、005、006、901、<del>902</del>、<del>903</del>、<del>904</del>、906、907者，本欄請填寫應收部分負擔點數，如無本欄免填。</u> <u>二、案件分類為5(協助辦理門診戒菸計畫)且免部分負擔代碼為007者，填應收部分負擔點數。</u>
△	d26	原處方服務機構之特定治療項目代號(一)	2	X	一、請依原處方所列特定治療項目代號並參閱註20填報。 二、資料格式30(藥局)：藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]案件分類(欄位IDd1)為2(成人預防保健第一階段)案件，本欄免填。
△	d27	原處方服務機構之特定治療項目代號(二)	2	X	同上
△	d28	原處方服務機構之特定治療項目代號(三)	2	X	同上
△	d29	原處方服務機構之特定治療項目代號(四)	2	X	同上
△	d13	就醫科別	2	X	一、請依原處方所列就醫科別並參閱註19填報 二、資料格式30(藥局)： (一)慢性病連續處方調劑者(案件分類2)，請依原處方所列就醫科別填報。 (二)藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，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
					三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2：成人預防保健第一階段」：本欄免填。 四、不足位者前補0，如家醫科，為01。
△	d14	就醫(處方)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、資料格式30(藥局)： (一)藥事居家照護(案件分類D)者，本欄免填， (二)協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥案件，本欄請填藥局直接交付指示用藥之日期。(三)協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且為藥局提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」案件，本欄請填提供前開服務之日期。 (四)餘請填保險對象實際就醫之日期。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：案件分類「1：一般處方檢查(驗)」：本欄填實際就醫之日期。案件分類「2：成人預防保健第一階段」：本欄免填。 四、資料格式40「物理(職能)治療所」：本欄請填實際就醫之日期。
△	d5	給付類別	1	X	一、請依原處方所列給付類別代碼，如下列填報： 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,目前暫停使用) B:天然災害-非巡迴(98.8增訂,目前暫停使用) <a href="#">Y:八仙樂園粉塵爆燃事件(104.06.27增訂)</a> Z:高雄市氣爆事件(103.07.31增訂) 二、資料格式30(藥局)：慢性病連續處方調劑(案件分類2)及藥事居家照護(案件分類D)，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
					三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：案件分類2(成人預防保健第一階段)：本欄免填。
△	d8	國際疾病分類碼(一)	9	X	一、請依服務機構交付之全民健康保險交付調劑處方箋之國際疾病分類碼欄位之診斷碼填寫。 二、資料格式30(藥局)：藥事居家照護(案件分類D)者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類2(成人預防保健第一階段)：本欄免填。
△	d9	國際疾病分類碼(二)	9	X	同上
△	d10	國際疾病分類碼(三)	9	X	同上
△	d11	國際疾病分類碼(四)	9	X	同上
△	d12	國際疾病分類碼(五)	9	X	同上
△	d4	補報原因註記	1	X	一、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。 二、申報類別(欄位IDt5)為補報者，本欄為必填欄位，送核案件免填。
△	d30	給藥日份	2	9	一、給藥日份之最高之天數。 二、資料格式30(藥局)為必填欄位，藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且為藥局提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄請填0。
△	d31	特殊材料明細點數小計	7	9	醫令清單段醫令類別(欄位IDp1)3(特殊材料)之點數加總。
△	d32	診療明細點數小計	8	9	一、資料格式30及60：醫令清單段醫令類別(欄位IDp1)2(診療明細)之點數加總。 二、資料格式40：醫令清單段醫令類別(欄位IDp1)1(診療明細)之點數加總。
△	d33	用藥明細點數小計	8	9	醫令清單段醫令類別(欄位IDp1)1(用藥明細)之點數加總。
△	d24	診治醫師代號	10	X	一、醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼或得以原處方服務機構代號替代。 二、資料格式30(藥局)之藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2：成人預防保健第一階段」，本欄免填。
△	d34	檢驗(查)/物理(職能)治療迄日	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、資料格式30(藥局)則免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：非屬排程檢查案件，本欄免填。 四、資料格式40[物理(職能)治療所]：物理(職能)治療迄日。
△	d20	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。
△	d35	連續處方箋調劑序號	1	X	一、慢性病連續處方箋上調劑紀錄欄之序號。 二、資料格式30(藥局)：慢性病連續處方調劑者(藥局之案件分類2)，為必填欄位。餘案件分類調劑者，則免填。 三、資料格式40[物理(職能)治療所]及資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄免填。
△	d36	連續處方可調劑次數	1	X	一、慢性病連續處方箋上所列之可調劑次數。 二、資料格式30(藥局)：慢性病連續處方調劑者(藥局之案件分類2)，本欄為必填欄位。餘案件分類者，則免填。 三、資料格式40[物理(職能)治療所]及資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄免填。
△	d37	藥事服務費項目代號	12	X	填寫全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編碼，參閱註18填報。
△	d38	藥事服務費點數	8	9	一、藥事服務費點數，參閱註18填報。 二、醫令清單段醫令類別(欄位IDp1)代碼9(藥事服務)之點數加總。
△	d39	保險醫事服務類別	1	X	資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄為必填欄位，代碼如下： 1:醫事檢驗所 2:醫事放射所 3:醫事檢驗所附設放射部門 4:醫事放射所附設檢驗部門

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d40	案件來源註記	1	X	一、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄為必要欄位。 二、案件來源註記代碼： 1:自行檢驗(查)            2:處方交付 3:轉檢                        4:代檢 三、本欄請參閱註11、註22填寫。
△	d43	原處方就醫序號	4	X	資料格式30(藥局)：慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者案件，本欄為必填欄位。
△	d41	預防保健第二階段服務機構代號	10	X	一、衛生福利部編定之代碼。 二、請填寫提供保險對象第二階段成人預防保健醫療服務之服務機構代號。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]： 案件分類「2：成人預防保健第一階段」：本欄為必填欄位。案件分類「1：一般處方檢查(驗)」：本欄免填。
△	d42	當次處方可治療次數	1	9	處方上所列之治療次數 資料格式40：本欄為必填欄位。
△	d44	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。
△	d45	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。
△	d46	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。

(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	醫令類別	1	X	<p>一、藥局（資料格式30）或醫事檢驗(放射)所（資料格式60）醫令類別代碼：</p> <p>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 9:藥事服務 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 <u>G:專案支付參考數值(104.11.1增訂)</u></p> <p>二、物理(職能)治療所（資料格式40）醫令類別：</p> <p>1:診療明細</p>
*	p2	藥品（項目）代號	12	X	<p>一、請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支付標準編碼或特殊材料代碼。</p> <p>二、同一療程案件，應按<u>醫令代號逐一治療日逐一填報醫令代號</u>。</p> <p>三、<u>虛擬醫令代碼：保險對象就醫有下述者應請填報，</u></p> <p><u>R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件，提前回診，且經院所查詢健保雲端藥歷系統，確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。</u></p> <p><u>R002：因醫師請假因素，提前回診，醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查。</u></p> <p><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></p> <p><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></p>
*	p7	總量	7	9	<u>一、小數點需填載，五位整數，一位小數，小數點需表示，如99999.9表示。</u>



符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>二、醫令代碼R001、R002、R003、R004，本欄位請填0。</u>
*	p8	單價	10	9	一、小數點需填載，七位整數，二位小數，如9999999.99。 <u>二、醫令代碼 R001、R002、R003、R004，本欄位請填 0。</u>
*	p9	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、藥局（資料格式30）：本欄位之計算檢核邏輯如下： （一）醫令類別1（用藥明細）：以單價*總量。 （二）醫令類別2（診療明細）、醫令類別3（特殊材料）及醫令類別9（藥事服務）：以單價*總量*支付成數。 （三）醫令類別4（不得另計價之藥品、檢驗（查）、診療項目或材料）： 1.醫令類別4且醫令代碼長度10碼者，以單價*總量。 2.醫令類別4且醫令代碼不為10碼者，以單價*總量*支付成數。 <u>三、醫令代碼 R001、R002、R003、R004，本欄位請填 0。</u>
△	p3	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。 二、欄位IDp1(醫令類別)為1或4且醫令代碼為藥價基準代碼之案件，本欄為必填欄位。 三、小數點要填載，整數4位，小數2位，如9999.99
△	p4	(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。 二、欄位IDp1(醫令類別)為1或4且醫令代碼為藥價基準代碼之案件，本欄為必填欄位。
△	p5	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。 二、欄位 IDp1(醫令類別)為 1 或 4 且醫令代碼為全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼之案件，本欄為必填欄位。
△	p6	支付成數	3	x	一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定申報，取至小數點下二位，第三位四捨五入（如加二成表示為120，無加成為100，打八折為080）。 二、醫令類別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）及9（藥事服務），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
*	p10	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。
△	p11	藥品給藥日份	2	9	藥局、醫事檢驗(放射)所： 一、欄位 IDp1「醫令類別」為「1：用藥明細」或「4：不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」，且欄位 IDp2「藥品(項目)代號」填寫全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼(10碼)者，本欄為必填欄位。 二、欄位 IDp1「醫令類別」非1(用藥明細)或4[不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料]，且欄位 ID p2「藥品(項目)代號」非全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼時]則免填。
△	p12	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「 <u>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準</u> 」 <u>編號</u> 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） <u>之項目</u> ，須填寫至時分；若醫令為放射線診療費、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</u> 」 <u>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</u> 」 <u>相關復健治療等項目</u> ，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。 三、排程檢查案件：如為排程當日，本欄請填寫 <u>預定</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。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>四、同一療程案件應<u>就按</u>醫令代碼號之<u>實際執行日期</u>逐一填報治療日，填治療日期至年月日，時分可補0。</p> <p><u>五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。</u></p> <p><u>六五、復健處置醫令下PTS1...、OT1等治療項目，本欄免填。</u></p> <p><u>七、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>
Δ	p13	執行時間-迄	11	X	<p>一、<u>本欄日期填寫式：</u></p> <p>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編號手術費（第二部第二章第七節、第三部第二章第二項）、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></u>，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</p> <p>三、排程檢查案件：如為排程當日，本欄請填寫<u>預定</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。</p> <p>四、同一療程案件應<u>就按</u>醫令代碼號之<u>實際執行日期</u>逐一填報治療日，填治療日期至年月日，時分可補0。</p> <p><u>五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>六五</u> 、復健處置醫令下PTS1...、OT1等治療項目，本欄免填。 <u>七、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>
Δ	p14	執行醫事人員代號	10	X	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。 二、申報之醫令代碼為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執行之項目，本欄為必填欄位。
Δ	p15	自費特材群組序號	3	9	一、同一組醫令類別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、F，本欄為必填欄位。

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。「Δ」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:原處方服務機構(門診申報格式)案件分類代碼：

- |              |          |
|--------------|----------|
| 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(原名：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:中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案【原名：中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務 (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)
- 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:行政協助精神科強制住院 (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 ~~65歲以上老人~~流行性感冒疫苗及兒童常規疫苗接種(87.10增訂,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)

E2:愛滋病確診服藥滿2年後案件(106.2.4增訂)

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)

DF:代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑(104.9.17新增)

註4:補報案件增訂下列申報方式:

(1)欄位 IDd4 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:

A.如為藥事服務費差額,請填報於點數清單段「藥事服務費點數」欄。

B.如為藥品、特材請填報醫令清單段,依差額之項目(如藥品用量、總量、單價等)核算填報正確之點數,並彙整填報至點數清單段「用藥明細點數小計」或「特殊材料明細點數小計」欄位。

C.如為診療項目請報醫療服務醫令清單段「診療明細點數小計」欄位。

註5:免部分負擔代碼規定:

•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)起增訂】

註 6：點數清單段欄位 IDd14「就醫（處方）日期」欄位，應填寫保險對象實際就醫處方日期，欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）/物理（職能）治療日期」欄位，應填寫實際調劑或檢查（驗）或物理（職能）治療之日期。

註 7：排程檢查，排定後未執行檢查（驗）者，則不須申報。

註 8：排程檢查在當月實施，應於檢查結束後合併申報，說明如下：

- (1) 來排檢當日未執行排程檢查項目，醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)物理(職能)治療日期」，應填寫保險對象實際檢查當天日期。欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫保險對象來排檢當天之日期。

例：某甲 92.03.01 持 A 醫療院所交付之檢查項目處方至 B 特約醫事檢驗機構就檢，因故排於 92.03.15 執行，某甲亦於 92.03.15 來檢，本件醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」，應填寫 92.03.15，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫 92.03.01。

- (2) 來排檢當日有執行部分檢查項目，醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」，應請依排檢當日併有檢查之日期填寫，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應請填寫另行排程檢查項目實際執行檢查之日期。

例：某乙 92.03.16 持 A 醫療院所交付之五項檢查項目處方至 B 特約醫事檢驗機構就檢，因故當日執行三項，二項排至 92.03.21 實行，某乙亦於 92.03.21 來檢，本件醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」，應填寫 92.03.16，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫 92.03.21。

註 9：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，說明如下：

- (1) 跨月合併申報：

來排檢當日未有執行其他檢查項目者，則醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」請應填寫保險對象實際執行檢查當天日期，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫保險對象來排檢當天日期。

例：某甲 92.03.25 持 A 醫療院所交付之檢驗(查)項目處方至 B 特約醫事檢驗所就檢，因故排於 92.04.07 執行，某甲亦於 92.04.07 來檢，本件點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」，應填寫 92.04.07，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫 92.03.25。

- (2) 跨月分開申報：



來排檢當日併有執行部分檢查項目，則醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」欄位，應請依排檢當日併有檢查之日期填寫，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應請填寫跨月之排檢日期，該檢查項目之檢驗(查)於醫令清單段之明細應呈列，惟不得列報金額。

例：某乙 92.03.26 持 A 醫療院所交付之五項檢驗(查)項目處方至 B 特約醫事驗所就檢，因故當日執行三項，二項排至 92.04.06 實行，本件點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」欄位，應填寫 92.03.26，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫 92.04.06。又某乙亦於 92.04.06 來檢，其申報方式比照註 8(1)辦理。

註 10：特約院所交付或轉(代)檢之成人預防保健服務第一階段檢驗檢查服務之醫療費用點數，其服務點數清單段欄位 IDd1「案件分類」欄位，應填「1：一般處方檢驗(查)」。依成人預防保健相關規定，保險對象持單逕赴特約醫檢所進行第一階段檢驗檢查服務之案件，醫療服務點數清單段欄位 IDd1「案件分類」欄位，應填「2：成人預防保健服務第一階段」(96.12.12 健保醫字第 0960053170 號函)。

註 11：欄位 IDd40「案件來源註記」欄位之代碼定義說明：

- (1)自行檢驗(查)-例如保險對象逕赴醫事檢驗所之成人預防保健第一階段。
- (2)處方交付-保險對象持交付處方箋受檢。
- (3)轉檢-保險對象持轉檢單受檢。
- (4)代檢-服務機構間之檢體送檢。

註 12：依全民健康保險相關規定，定額下不得另行計價之藥品或診療項目，醫療服務點數清單段欄位 IDp1「醫令類別」請填寫 4「不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。

註 13：點數清單段欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」欄位，應填寫該療程治療之迄日。

註 14：同一療程物理或職能治療以 30 日內完成為原則，並以預定完成日之當月底為該療程之最長期限。

註 15：同療程跨月實施，應按月分開申報，如療程之日期 90 年 6 月 28、29、30 及 7 月 1、2、3 日，六月份療程費用申報，治療起日應填寫「0900628」治療結束日期應填寫「0900630」，七月份療程費用申報，治療起日應填寫「0900628」治療結束日

期應填寫「0900703」。

註 16：因保險對象就醫需要，當次執行之醫療服務項目僅為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 43010C 至 43025C 及 43033C 至 43038C，案件分類請填寫 4:其他。

註 17：各項物理或職能治療服務應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報，其醫令清單段欄位 IDp1「醫令類別」欄位請填寫「1:診療明細」，總量、單價、點數均應填寫，另於前述支付標準治療（例如簡單治療—簡單）項下，請填寫治療內容代碼（例如 PST1，PST2），欄位 IDp1「醫令類別」欄位請填「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」，總量依實際執行次數填列，單價、點數填 0。

註 18：欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位申報說明：

藥事服務費點數需於「點數清單段」及「醫令清單段」逐筆申報，申報原則如下：

(1)當「醫令清單段」之欄位 IDp1「醫令類別」代碼為 9(藥事服務費)，且為申報單筆時：需同時於「點數清單段」之欄位 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位填入支付標準碼，並填報欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位(填報之數值等於「醫令清單段」欄位 IDp1「醫令類別」為 9(藥事服務費)之欄位 IDp9「點數」欄位加總)。

(2)當「醫令清單段」之欄位 IDp1「醫令類別」代碼為 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 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位請填免填，欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位分別為「醫令清單段」欄位 IDp1「醫令類別」代碼 9(藥事服務費)之欄位 IDp9「點數」欄位加總。

註 19：就醫科別代碼:

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:口腔顎面外科
AJ:胸腔暨重症加護	HA:脊椎骨科	<a href="#">AK:老人醫學科(費用 年月 104.05.01 起新增)</a>	

註 20：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者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FD:院所內治療中度精神疾病者牙醫醫療服務(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疾病者牙醫醫療服務

FH:院所服務重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FI:院所服務中度非精神疾病者牙醫醫療服務

FJ:院所服務輕度非精神疾病者牙醫醫療服務

FK:醫療團服務極重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FL:醫療團服務重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FM:醫療團服務中度非精神疾病者牙醫醫療服務

FN:醫療團服務輕度非精神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 (101.1 增訂)

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~~計畫之~~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~~計畫之~~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、FA、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 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 (1035.042.01 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(1045.042.01 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:肺癌患者中醫門診加強照護醫療(107.01.01 新增)

JJ:大腸癌患者中醫門診加強照護醫療(107.01.01 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(107.04.27 新增)

JM:中醫-經醫師認定之失智症病人(107.04.27 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)

EB:全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

E4:全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案（89.5.17 北區分局試辦，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方案（100.1 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(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 文字修訂)
- 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 文字修訂)
- 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 文字修訂)
- 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)
- 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 個月用藥量案件 (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 個月用藥量案件 (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(107.04.27 新增)
- HH:西醫-經醫師認定之失智症病人(107.04.27 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、N、C、R、H1、H5、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)	
<u>1</u>	<u>全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u>	<u>G9</u>			依所屬案件分類
<u>2</u>	<u>家醫整合計畫(含做預防保健、開慢箋)</u>	<u>G8</u>			
<u>3</u>	<u>醫療給付改善方案及試辦計畫</u>	<u>E4、E5、E6、E8、EB、 EC、ED、H1、H7、 HF、N、C、R</u>			<u>E1</u>
<u>4</u>	<u>西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案</u>	<u>G5、G6</u>			<u>D4</u>
<u>5</u>	<u>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</u>	<u>G5、G6</u>	<u>G8</u>		<u>D4</u>
<u>6</u>	<u>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</u>	<u>E4~ E8、EC、ED、 HF、N、C、R</u>	<u>G5、G6</u>		<u>E1</u>
<u>7</u>	<u>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</u>	<u>E4~ E8、EC、ED、 HF、N、C、R</u>	<u>G9</u>		<u>E1</u>
<u>8</u>	<u>醫療給付改善方案+家醫整合計畫</u>	<u>E4~ E8、EC、ED、 HF、N、C、R</u>	<u>G8</u>		<u>E1</u>
<u>9</u>	<u>中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案</u>	<u>C6、C7</u>			<u>25</u>
<u>10</u>	<u>牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案</u>	<u>F2、FT</u>			<u>14、15</u>
		<u>F3</u>	<u>F3</u>		<u>14</u>
			<u>F2、FT</u>		<u>16</u>

註 21：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：**

- 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。
- 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...)

${}_yW_zD$ :每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

$MCD_xD_y$ :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

IPLE:胸膜內注射(106.04 新增)

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)(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 22：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

<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>處方交付(須用處方箋)</u>	<u>病患持處方至受檢之醫事檢驗機構接受檢驗(查)</u>	<u>醫院、診所</u>	<u>1.醫事檢驗機構</u>	<u>醫事檢驗機構</u>	<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> <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：2 處方交付</u> <u>p1 醫令類別：2 診療明細</u>
<u>轉檢(須用轉檢單)</u>	<u>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)</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：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> <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>



<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> <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>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：</u> <u>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：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> <u>(※醫學中心、區域醫院及地區醫院案件由處方醫院申報、基層診所案件得由醫事檢驗機構申報)</u>	<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>

<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>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> <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：</u> <u>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>2.醫院、診所</u>	<u>執行代檢之醫院、診所(※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>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> <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：</u> <u>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)。

住院醫療服務點數清單---範例

欄位 ID	範例   Tw-DRG 支付型態  中文欄位	範例1	範例2	範例3	範例4	範例5	範例6	範例7	範例8-1	範例8-2				
		住院總日數<30天之Tw-DRG案件							部分負擔代碼改變切帳申報					
									未出院			出院		
		0	1	2	3	4	5	0	非Tw-DRG案件	0	非Tw-DRG案件			
		範圍內	>上限	<下限核實	無權重核實	<20核實	論日	範圍內	切帳時住院日數<30天	住院總日數<30天之Tw-DRG案件	住院總日數>30天	住院總日數<30天		
t2	服務機構代號	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心		
t3	費用年月	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601		
d2	流水編號	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001		
d4	部分負擔代號	000	000	000	000	000	000	000	000(應部分負擔)	003(低收入戶)	003(低收入戶)			
d6	出生年月日(新生兒依附就醫d100、d101項次必填)	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0350101	0350101	0350101			
d1	案件分類	5	5	5	5	5	5	5	1	5	1			
d10	入院年月日	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101		
d11	出院年月日	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960103	0960121	0960121	0960121	0960210	0960121		
d12	申報期間-起	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960111	0960111	0960111		
d13	申報期間-迄	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960103	0960121	0960110	0960121	0960210	0960121		
d14	急性病床天數	20	20	20	20	20	20	20	10(申報迄-起+1)	20(出院-入院)	40(出院-入院)	20(出院-入院)		
d15	慢性病床天數	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
d18	TW-DRGs碼(案件分類為"5"者本欄必填)	35901	35901	35901	49502	10301	35901	35901		35901				
d19	TW-DRGs支付型態(案件分類為"5"者本欄必填)	0	1	2	3	4	5	0		0				
d24	轉歸代碼	3	3	3	3	3	5或6	3	7	3	3			
d45	主手術(處置)								3761					
d65	醫令總數	115	115	115	115	115	115	115	10	38	22			
d66-d82(17項)	診察費點數~嬰兒費	77025	120000	20000	500000	500000	77025	97025	32746	57842	57842			
d83	醫療費用點數	77025	120000	20000	500000	500000	77025	97025	32746	57842(人出院全部含Z之核實醫令)	57842(人出院全部含Z之核實醫令)			
d84	部分負擔	7703	12000	2000	26000	26000	7703	9703	3275	0(本次收取)	0(本次收取)			
d85	申請費用點數	73224	89911	18000	474000	474000	32760	91224	0	77652	54567			
		74794	91481	19570	475570	475570	34330	92794	0	79222	56137			
		(醫令F00000或F00001)-欄位ID d84+欄位IDd112							點數應為0	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位IDd112	項次115-G00001-欄位ID d84+欄位IDd112			
d86	醫療費用點數(急性病床1-30天)	77025	120000	20000	500000	500000	77025	97025	32746	25096(本次)	15096(本次)	25096		
d87	部分負擔點數(急性病床1-30天)	7703	12000	2000	26000	26000	7703	9703	3275	2510(本次)	1510(本次)	2510		
d88	醫療費用點數(急性病床31-60天以上)										10000(本次)			
d89	部分負擔點數(急性病床31-60天以上)										2000(本次)			
d100	依附就醫新生兒出生日期													
d101	依附就醫新生兒胎誌註記													
d112	護病比加成點數	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	-	1,570	1570			
d134	不適用TW-DRGs案件特殊註記	0	0	0	0	0	0	0	9	0	A			
		本欄所有案件分類均應填							本欄註記9者轉歸代碼必為7或2或切帳註記必為02					

清單資料係屬虛擬,費用,住院天數,年齡與Tw-DRGs碼,DRG無關聯性

t1資料格式22 t2服務機構代號XXXXXXXXXX(醫學中心) t3費用年月 09601  
 d1案件分類5 t5申報類別1 d2流水編號000001 d3身分證統一編號XXXXXXXXXX

103.03.00

項目	範例			範例1	範例2	範例3	範例4	範例5	範例6	範例7	
	Tw-DRG碼			35901	35901	35901	49502	10301	35901	35901	
	p1醫令 序號	p2醫 令類 別	p3醫令代碼	資料名稱	0	1	2	3	4	5	0
				範圍內	>上限	<下限	無權重核 實	<20核實	論日	範圍內 Tw-DRGs支付通則得另行核 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,請依計價之醫令方式 申報	
				p11 TW-DRG計算						p18 點數	
實際醫療 費用醫令	99	X	CBA01***** KC008****	植入IABP(Intra-aortic balloon pump+主動脈內氣球幫浦) 之特殊材料生物製劑							20000
假設實際醫療費用之醫令為99筆則Tw-DRG醫令序號自100接續編號											
Tw-DRGs醫 令	100	A	A0000	相對權重RW	2.0057	2.0057	2.0057	0	21.2193	2.0057	2.0057
	101	A	A0001	標準給付額SPR	37325	37325	37325	37325	37325	37325	37325
	102	A	A0002	該Tw-DRG幾何平均住院日	4	4	4	0	21	4	4
	103	A	A0003	該Tw-DRG下臨界點	48265	48265	48265	0	86864	48265	48265
	104	A	A0004	醫療服務點數	77025	120000	20000	500000	500000	77025	77025
	105	A	A0005	該個案清單住院天數	20	20	20	20	20	2	20
各項 加成率	106	A	A0006	該Tw-DRG上臨界點	93770	93770	93770	0	1150012	93770	93770
	107	A	A1001	基本診療加成「A10000-A10003」	0.071	0.071	0.071	0.071	0.071	0.071	0.071
	108	A	A3000 A3003	兒童加成 「A20000-A40003」	0	0	0	0	0	0	0
	109	A	A5001	CMI加成率「A50000-A50003」	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
支付定額	110	A	A6000	山地離島加成	0	0	0	0	0	0	0
	111	A	B0000	Tw-DRG支付定額	80927	80927	80927	0	856163	80927	80927
本案選用 之 上 限臨界點	112	A	C0000	無上限臨界點				0			
			C0001	上限臨界點	93770	93770	93770		1150012	93770	93770
			C0002	上限臨界點以TW-DRGS支付定額(B00000)計算							
邊際成本	113	A	D0000	無邊際成本	0		0	0	0	0	0
			D0001	邊際成本		20984					
Tw-DRGs支 付點數	114	A	E0000	費用在上下限臨界點範圍內者=B00000DRG支付定額+D00000無 邊際成本	80927						80927
			E0001	費用高於上限臨界點者支付點數=B00000支付定額+D00001邊 際成本		101911					
			E0002	費用低於下限臨界點核實申報者=A00004醫療服務點數			20000				
			E0003	無權重之DRGs核實申報=A00004醫療服務點數				500000			
			E0004	該DRG個案<20核實申報=A00004醫療服務點數					500000		
實際支付 點數 (申報醫療 點數)	115	A	F0000	TW-DRG實際支付點數(申報醫療點數)=E00000或E00001或E00005 TW-DRG支付點數+醫令類別X之點數	80927	101911				40464	100927
			F0001	TW-DRG實際支付點數(申報醫療點數)=E00002或E00003或 E00004+醫令類別X之點數			20000	500000	500000		

1. 本表Tw-DRGs各醫令之值為虛擬,以本署公告內容主
2. 實際醫療費用之醫令,醫令清單各項次仍依規定申報,並歸17項費用
3. 所有醫令均應填執行起訖日期
4. 申報兒童加成者之年齡=入院年月-欄位Id6出生年月日或欄位Id100依附就醫新生兒出生年月日

範例20-1

未出院--切帳時住院日數<30天--非Tw-DRG案件							
p1 醫令 序	p2 醫令 類別	p3 醫令代碼	資料名稱	p11TW-DRG計算 p12切帳前筆資料	p16 醫令 總量	p17 醫令單 價	p13 醫令 點數
1	2	02017K			10	455	4550
2	2	03009K			10	1066	10660
3	2	03034A			10	1599	15990
4	2	08011C			1	200	200
5	2	32001C			1	200	200
6	2	47002C			4	40	160
7	3	NCS010003P			1	2	2
8	1	A005886209			5	20	100
9	1	A010069277			2	22	44
10	2	05216K			10	84	840
32746							

範例20-2-1

範例20-2-2、20-2-3

出院															
住院總日數<30天之Tw-DRG案件							住院總日數>=30天之非Tw-DRG案件								
p1 醫令 序	p2 醫令 類別	p3 醫令代碼	資料名稱	p11TW-DRG計算 p12切帳前筆資料	p16 醫令 總量	p17 醫令單 價	p13 醫令 點數	p1 醫令 序	p2 醫令 類別	p3 醫令代碼	資料名稱	p11TW-DRG計算 p12切帳前筆資料	p16 醫令 總量	p17 醫令單 價	p13 醫令 點數
1	2	02006K			10	293	2930	1	2	02006K			10	293	2930
2	2	03001K			10	512	5120	2	2	03001K			10	512	5120
3	2	03026K			10	436	4360	3	2	03026K			10	436	4360
4	2	08006C			1	40	40	4	2	08006C			1	40	40
5	2	33085B			1	11500		5	2	33085B			1	11500	11500
6	2	47002C			4	40	160	6	2	47002C			4	40	160
7	3	NCS010003P			1	2	2	7	3	NCS010003P			1	2	2
8	1	A005886209			5	20	100	8	1	A005886209			5	20	100
9	1	A010069277			2	22	44	9	1	A010069277			2	22	44
10	2	05216K			10	84	840	10	2	05216K			10	84	840
11	Z	02017K			10	455	4550	11	Z	02017K			10	455	4550
12	Z	03009K			10	1066	10660	12	Z	03009K			10	1066	10660
13	Z	03034A			10	1599	15990	13	Z	03034A			10	1599	15990
14	Z	08011C			1	200	200	14	Z	08011C			1	200	200
15	Z	32001C			1	200	200	15	Z	32001C			1	200	200
16	Z	47002C			4	40	160	16	Z	47002C			4	40	160
17	Z	NCS010003P			1	2	2	17	Z	NCS010003P			1	2	2
18	Z	A005886209			5	20	100	18	Z	A005886209			5	20	100
19	Z	A010069277			2	22	44	19	Z	A010069277			2	22	44
20	Z	05216K			10	84	840	20	Z	05216K			10	84	840
21	B	G00000	部分負擔代碼改變已切帳申之個案資料	09601109602201-000001				21	B	G00000	部分負擔代碼改變已切帳申之個案資料	09601109602201-000001			
22	B	G00001	已收取之部分負擔		3275			22	B	G00001	已收取之部分負擔		3275		
23	A	A00000	相對權重RW		2.0057			23	K	03026K			10	436	392
24	A	A00001	標準給付額SPR		37325										
25	A	A00002	該Tw-DRG幾何平均住院日		4										
26	A	A00003	該Tw-DRG下限臨界點		48265										
27	A	A00004	醫療服務點數		57842										
28	A	A00005	該個案清單住院天數		20										
29	A	A00006	該Tw-DRG上限臨界點		93770										
30	A	A10001	基本診療加成		0.071										
31	A	A30000	非MDC15外科系無加成		0										
32	A	A50001	CMI加成率		0.01										
33	A	A60000	山地離島加成		0										
34	A	B00000	DRG支付定額		80927										
35	A	C00001	上限臨界點		93770										
36	A	D00000	無邊際成本		0										
37	A	E00000	費用在上下限臨界點範圍內者		80927										
38	A	F00000	TW-DRG實際支付點數(申報醫療點數)		80927										
39	K	03026K			10	436	392								

(假設護病比加成率為9%)

變更申報格式修正增修欄位說明表—門診

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
總表段	t31	預防保健申請件數	資料說明欄增加「DF」等字	本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函	104.09.17(就醫日期)起新增	
			修正D2內文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函		
	t32	預防保健申請點數	同上	同上		
	t33	慢性病連續處方調劑申請件數	資料說明欄增加「E3」等字	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起新增	
t34	慢性病連續處方調劑申請點數	同上	同上	同上		
點數清單段	d1	案件分類	修正案件分類代碼D2(行政協助流感疫苗及兒童常規疫苗接種)文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函		
			新增案件分類代碼DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)	本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函	104.09.17(就醫日期)起新增	
			新增案件分類代碼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)	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起新增	
	d10	治療結束日期	「代(轉)檢」文字統一改為「轉(代)檢」	一致書寫方式		
	d13	整合式照護計畫註記	新增代碼N(燒燙傷-急性後期計畫)	本署104年9月9日健保醫字第1040033808號書函	104.09.09(費用年月)起實施	
			新增代碼F(醫院以病人為中心門診整合照護計畫之重大傷病或罕病患者罹患2種以上疾病之整合模式)、G(罕病或重大傷病整合門診-同診間多科醫師共同照護)	本署104年12月23日健保醫字第1040014099號公告修訂	105.01.01(費用年月)起新增	
			新增代碼1(腦中風-急性後期計畫)、3:創傷性神經損傷-急性後期計畫、4(脆弱性骨折-急性後期計畫)、5(心臟衰竭-急性後期計畫)、6(衰弱高齡-急性後期計畫)	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.07.01(費用年月)起實施	
			A、B、D、E、F之中文說明刪除「試辦」兩字，K、L、M中文說明，統一修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫之」等文字	統一計畫名稱		
	d14	給付類別	新增代碼D:起雲劑	D(起雲劑)為完備申報資料，該代碼於100年6月2日新增在案	100.06.02(費用年月)起新增	
			新增代碼Y:八仙樂園粉塵暴然事件	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.06.27(費用年月)起新增	
d15	部分負擔代碼	「代(轉)檢」文字統一改為「轉(代)檢」	一致書寫方式			
		新增說明四「案件分類E2、E3請填904(行政協助愛滋病案件)」	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起新增		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
點數清單段	d16	轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記	資料名稱改為「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄說明二刪除註記代碼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)及6(本次申報為受理他服務機構代檢項目)			
			資料說明欄說明二修正註記代碼7及8之文字	本署103年8月21日健保醫字第1030009447號函，資源共項已納入支付標準		
			資料說明欄說明三新增註記代碼： 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) 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) 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) 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) 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) JA(收容對象醫療服務計畫-矯正機關內門診之轉診) 新增說明三文字「C6、G5、G9、F3、FT、JA限由原院所於計畫區執行醫療服務轉回原院所時填寫」，並移項次	本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函，配合山地離島等地區轉診規定	106.10.18(費用年月)起適用	
	d17	轉診(檢)、代檢或處方調劑案件之服務機構代號	資料名稱改為「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄刪除說明四、五及九，並移項次			
			慢性BC型肝炎治療刪除「試辦」兩字	修正文字		
			新增說明八	本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函，配合山地離島等地區轉診規定		
	d18	病患是否轉出	修改資料說明欄說明二規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d19	國際疾病分類碼(一)	資料名稱修改為「主診斷代碼」	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
	d20	國際疾病分類碼(二)	資料名稱修改為「次診斷代碼(一)」	同上	同上	
	d21	國際疾病分類碼(三)	資料名稱修改為「次診斷代碼(二)」	同上	同上	
	d22	國際疾病分類碼(四)	資料名稱修改為「次診斷代碼(三)」	同上	同上	
	d23	國際疾病分類碼(五)	資料名稱修改為「次診斷代碼(四)」	同上	同上	
	d29	就醫序號	「代(轉)檢」文字統一改為「轉(代)檢」	一致書寫方式		
d30	診治醫事人員代號	同上	同上			



表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
點數清單段	d31	藥師代號	同上	同上		
	d43	行政協助項目部分負擔點數	免部分負擔代碼新增907	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起新增	
			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	釐清規範		
	d44	慢性病連續處方箋有效期間總處方日份	資料說明欄一、二增修填報規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理		V
	d46	急診治療起始時間	刪除欄位	同上	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d47	急診治療結束時間	刪除欄位	同上	同上	V
	d52	特定地區醫療服務	資料說明欄新增代碼03	配合肝炎治療計畫新增代碼	107.04.01(費用年月)起適用	
	d53	支援區域	資料說明欄新增說明一代碼03，新增說明二文字	配合肝炎治療計畫新增代碼及說明	107.04.01(費用年月)起適用	
	d55	轉往之醫事服務機構代號	新增欄位	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
d56	原處方就醫序號	新增欄位	同上	同上	V	
醫令清單段	p2	醫令調劑方式	資料說明欄第一項增修代碼2、3、4、5	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄新增第三項醫令類別為3特殊材料之填報說明			
			資料說明欄移動項次四至五，並新增說明文字「醫令調劑方式代碼為2、3、4、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」			
			新增說明六文字			
	p3	醫令類別	說明二文字新增R004	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.10.28(費用年月)起適用	
	p4	藥品(項目)代號	修改說明欄第二項、第三項R001、R002文字	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.10.28(費用年月)起適用	
			資料說明欄第三項增修文字並新增虛擬醫令代碼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)			
	p5	藥品用量	資料說明欄修改文字	一致書寫方式		
p6	診療之部位	長度由6修改為18	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01(費用年月)起適用	V	
		修正說明二文字，新增說明四「醫令代碼83079B(高頻熱凝療法)者，本欄為必填欄位」文字				
p10	總量	資料說明欄新增說明三文字新增R004	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.10.28(費用年月)起適用		
p12	點數	資料說明欄新增說明三文字新增R004	同上	104.10.28(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位	
醫令清單段	p14	執行時間-起	資料說明欄第二項...若醫令為3018A、3019B、...，修改為03018A、03019B	修正文字			
			資料說明欄第二項...增加醫令03073A、03074B、03075A、03076B	衛生福利部106年9月30日衛部保字第1061260461號令	106.10.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「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之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.06.26(費用年月)起適用		
			資料說明欄第四項文字增修	釐清規範			
			資料說明欄新增第七項文字「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」	本署104年5月26日健保醫字第1040080481號書函	104.06(費用年月)起適用		
			資料說明欄新增第八項文字，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。	本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函 本署106年6月3日健保醫字第1060080748號函 本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函	醫院層級以上106.07(費用年月)起適用；基層診所 106.12(費用年月)起適用		
	p15	執行時間-迄	資料說明欄第二項...若醫令為3018A、3019B、...，修改為03018A、03019B	修改文字			
			資料說明欄第二項...增加醫令03073A、03074B、03075A、03076B	衛生福利部106年9月30日衛部保字第1061260461號令	106.10.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「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之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.06.26(費用年月)起適用		
			資料說明欄第四項文字增修	釐清規範			
			資料說明欄新增第七項文字「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」	本署104年5月26日健保醫字第1040080481號書函	104.06(費用年月)起適用		
			資料說明欄新增第八項文字，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。	本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函 本署106年6月3日健保醫字第1060080748號函 本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函	醫院層級以上106.07(費用年月)起適用；基層診所 106.12(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
醫令清單段	p16	執行醫事人員代號	資料說明欄第三項增修「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之醫事人員之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄第三項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.07.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄新增說明五「中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，本欄為必填欄位」規定	本署104年5月26日健保醫字第1040080481號書函	104.06(費用年月)起適用	
			資料說明欄新增第六項文字	釐清規範		
	p18	影像來源	資料說明欄說明二影像來源代碼1說明文字由「複製片」修改為「複製片-由原檢查醫院提供」，新增代碼4(複製片-由病患自行取得提供)	本署104年8月24日健保醫字第1040033580號書函		
	p22	未列項註記	新增欄位	本署105年8月26日健保醫字第1050033741號函	105.10.01(費用年月)起適用	
p23	未列項名稱	新增欄位	同上	105.10.01(費用年月)起適用		
p24	委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號	新增欄位	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	
備註	註3(1)	-	新增「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)」等字	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函		
	註3(2)	-	修正D2(行政協助流感疫苗及兒童常規疫苗接種)文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函		
			新增「及DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)」等字	本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函	104.09.17(就醫日期)起適用	
	註4	-	修正「主、次診斷代碼」及新增「105年1月(含：費用年月)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」等文字規定	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
	註5(1)	特定治療項目代號填表說明之C(牙醫)	牙醫門診總額計畫FS、FU、FV、FX、FY、FZ、F4、FC、FD、FC、FD、FG、FH、FI、FJ、FK、FL、FM、FN修正文字	修正文字，本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告		
增加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)			本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.01.01(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
	註5(1)之C	特定治療項目代號填表說明(牙醫)	新增特定治療項目代號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)、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)、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)、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)、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)、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)、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)	本署1070129健保醫字第1070001366號公告	107.01.01(費用年月)起適用	
備註	註5(1)之D	特定治療項目代號填表說明(中醫特殊治療或處置)	特定治療項目代號C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)之中文說明文字刪除「及顱腦損傷」等字	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用	
			刪除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)	衛福部102年1月28日衛署健會字第1027500069號公告	本計畫於102.01.01取消	
			刪除CA(腦血管後遺症中醫門診照護計畫)	衛福部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告	本計畫於103.01.01取消	
			特定治療項目代號J7之中文說明文字刪除「試辦計畫」等字	修正文字		
			特定治療項目代號J9(中醫提升孕產照護品質計畫)之中文說明文字增加「全民健康保險」等字			
			新增特定治療項目代號JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)、JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)	本署105.08.31健保醫字第1050011030號公告	105.09.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JH(癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫)	本署106.4.12健保醫字第1060004125號公告	106.05.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JI(肺癌患者中醫門診加強照護醫療)、JJ(大腸癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署107.01.22健保醫字第1070000783號公告	107.01.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JK(中醫急症處置計畫)	本署107.05.01健保醫字第1070005354號公告	107.05.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號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)、JM(中醫-經醫師認定之失智症病人)、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)	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正	107.06.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號EC(全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫)	本署104年4月23日健保醫字第1040004024號公告	104.04.23(就醫日期)起適用	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
備註	註5(1) 之E (其他)	特定治療項目代號填表說明	新增特定治療項目代號ED(早期療育門診醫療給付改善方案)	本署104年9月7日健保醫字第1040033735號公告	104.10.01(費用年月)起適用	
			乳癌醫療給付改善方案、加強慢性BC型肝炎治療，刪除試辦等字	修改文字		
			新增特定治療項目代號HE(C型肝炎全口服藥品治療)，案件分類為E1	本署106年05月17日健保審字第1060035383號公告	106.01.24(就醫日期)起適用	
			新增特定治療項目代號HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)，案件分類為E1	本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.04.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號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)、HH(西醫-經醫師認定之失智症病人)、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)	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正	107.06.01(費用年月)起適用	
			代號為G5、G6者，案件分類為D4，另新增案件分類「E1」	本署105年2月18日健保醫字第1050001627號公告	105.01.01(費用年月)起適用	
	註5(2) 之B	特定治療項目代號填表說明	表格修正	配合註5(1)修正		
	註7	門診慢性病開具慢性病連續處方箋注意事項	修正(1)慢連箋案件分類之定義；新增(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	釐清規範		
			配合IDD44新增(5)文字說明	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理		
	註9(1)	預防保健(預防保健服務就醫序號填報方式)	刪除兒童預防保健IC11-13、IC15-17、IC19 刪除「IC11...限基層醫療院所申報(99.02修正)」等文字	衛生福利部國民健康署106年5月3日國健婦字第1060401046號公告	106.05.01(費用年月)起適用	
			修正國小學童白齒窩溝封填補助服務方案IC8A~IC8H之文字	文字修正		
			刪除IC89(符合無力繳納健保者)	本署106年10月05日健保醫字第1060033966-1號	106.10.05(費用年月)起適用	
	註9-1	異常代碼對照表	刪除異常代碼之尚未取得就醫序號C002(20歲以下兒少)、C003(懷孕婦女例外就醫)	本署106年10月05日健保醫字第1060033966-1號	106.10.05(費用年月)起廢止	
	註10(1)	免部分負擔代碼及規定	代碼009新增八仙樂園粉塵暴燃事件(104.06.27~104.09.30)	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.06.27(就醫日期)起適用	
代碼009新增有職災單之非職災醫療費用改健保支付			釐清規範			
代碼009新增西醫就診92093B另以門診牙醫申報			本署106年9月29日健保醫字第1060033922號	106.11.01(費用年月)起適用		
註10(1)	免部分負擔代碼及規定	新增免部分負擔代碼907(原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者)	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
備註	註10(2)	應部分負擔方式及金額	調整一般門診、轉診、急診之部分負擔金額	本署106年3月22日健保醫字第1060080724號 衛福部106年2月18日衛部保字1061260072號公告	106.04.15(就醫日期)起適用	
	註10(3)	編碼原則	第二碼修正4文字說明，第三碼增加1(轉診之回診)文字	配合轉診規定修正文字		
			居家照護增加文字說明「居家照護且開立藥品：代碼K20」	本署105.02.25居家醫療照護整合計畫問答集		
			西醫表項中，增列A31(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))、B31(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))、C31(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))、D30(基層院所；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健)、D31(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)	本署106年04月13日健保醫字第1060033058號函	106.04.15(就醫日期)起適用	
		西醫表項中，修正A40、B40、C40文字	配合轉診規定修正文字			
		牙醫表項中，增列E30(醫學中心；轉診(轉入之院所適用))、E31(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))、F30(區域醫院；轉診(轉入之院所適用))、F31(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))、G30(地區醫院；轉診(轉入之院所適用))、G31(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))、H30(基層院所；轉診(轉入之院所適用))、H31(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))	本署106年04月13日健保醫字第1060033058號函	106.04.15(就醫日期)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
備註	註10(3)	編碼原則	中醫表項中，增列N30(醫學中心；轉診(轉入之院所適用))、N31(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))、Q30(區域醫院；轉診(轉入之院所適用))、Q31(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))、R30(地區醫院、中醫醫院；轉診(轉入之院所適用))、R31(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))、S30(基層院所；轉診(轉入之院所適用))、S31(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))	同上	同上	
	註12	適用一般案件申報之補充說明	新增「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」等文字	1.依本局95年6月2日健保醫字第0950059649號函辦理 新增文字說明 2.釐清範圍		
	註20	-	修改汽機車交通事故申報規定	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
	註30	「醫令清單」之欄位IDp6 「診療之部位」欄位，申報方式	新增診療部位代碼B(薦椎)及D(周邊神經)及支付標準代碼83079B(高頻熱凝療法)填報規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函-105年4月17日會議決議事項辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			新增藥品KC00879205等11項填報規定	本署106年01月20日健保審字第1050036980號	106.03.01(費用年月)起適用	
			新增藥品KC00990288等1項填報規定	本署107年5月11日健保審字第1070035261號函	107.06.01(費用年月)起適用	
	註31	全民健康保險藥品使用標準碼	於給藥途徑/作用部位中，新增ORO(口咽直接用藥(如噴劑、塗抹))、IPLE(胸腔內注射)	本署106年03月29日健保審字第1060035092號函	106.04.01(費用年月)起適用	
	註32	-	說明醫令清單段欄位IDp16「執行醫事人員代號」必填報欄位，新增其他類35項	本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理		
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	新增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	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	

說明：

「107.04.17會議決議事項」欄位「V」者，表示已107.4.17邀集相關醫事團體、本署各分區業務組及本署相關單位召開「研商增刪特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」門診及住院部分欄位事宜結論事項進行增刪作業。該欄位為空白者，表示前已週知特約醫事服務機構在案，或酌修文字，本次屬整併作業。

變更申報格式修正增修欄位說明表—住院

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
總表段-媒體格式	t9	一般案件醫療費用點數	增修資料說明欄說明一公式	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	t12	論病例計酬案件醫療費用點數	增修資料說明欄公式	同上	同上	V
	t15	特定案件醫療費用點數	增修資料說明欄說明一公式	同上	同上	V
	t22	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護件數總計	增修資料說明欄說明文字增加「7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、」等字	106年1月12日健保醫字第1060032557號函	106.02.04(費用年月)起新增	
	t23	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護日數總計	增修資料說明欄說明文字增加「7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、」等字	106年1月12日健保醫字第1060032557號函	同上	
	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	增修資料說明欄公式	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	t27	Tw-DRGs醫療費用點數總計	增修資料說明欄說明一公式	同上	同上	V
	t30	申請點數總計	增修資料說明欄說明一公式	同上	同上	V
	t33	護病比加成點數總計	新增欄位	同上	同上	V
總表段-書面格式	-	護病比加成點數總計	新增欄位	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜辦理	同上	V
點數清單段	d5	補報原因註記	資料說明欄補報原因註記代碼2之文字增加「除醫令類別K(全日平均護病比達特定範圍加成)外，餘均」等字	本署104年8月26日健保醫字第1040033728號函	104.10.01(費用年月)起新增	
	d7	給付類別	代碼M增加「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等字	106年度C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫	106.01.24(費用年月)起增修	
			新增代碼Y:八仙樂園粉塵暴燃事件			
	d8	汽機車交通事故	刪除欄位	配合ICD-10-CM/PCS實施，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d1	案件分類	說明二健保給付案件代碼新增案件分類7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)。	106年1月12日健保醫字第1060032557號函	106.02.04(費用年月)起新增	
說明三協助勞保局給付案件之案件分類A4之(1)刪除乳癌「試辦方案」等字(2)新增「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等字			(1)修正文字			
說明五刪除贅字。			(2)依106年度C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫	106.01.24(費用年月)起增修		



表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
點數清單段	d19	Tw-DRG支付型態	配合「轉歸代碼」欄位，代碼5增修說明文字	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			新增代碼6費用高於上限臨界點核實申報者	同上	同上	V
	d22	外因分類(一)	刪除欄位	ICD-10-CM/PCS未獨立外因碼專章，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d23	外因分類(二)	刪除欄位	同上	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d24	轉歸代碼	資料說明欄增刪轉歸代碼及說明	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d85	申請費用點數	資料說明欄增修計算說明	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜辦理，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d102	不適用Tw-DRGs案件特殊註記	資料說明欄代碼1、2、4、F等ICD-9代碼修改為ICD-10-CM代碼	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄代碼5刪除「行政院」3字		即日起生效	
			資料說明欄代碼6增修說明文字	配合「病患來源」欄位等辦理文字增修	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄代碼8增修說明文字	釐清規範。	即日起生效	
			資料說明欄刪除代碼H	依本署104年12月24日健保醫字第1040080609號書函	105.01.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄代碼K刪除部分文字	釐清規範	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄代碼M增刪部分文字	釐清規範	即日起生效	
			資料說明欄新增代碼N	釐清規範	105.03.01(費用年月)起新增	
	d105	急診治療起始時間	刪除欄位	急診治療起始時間已於醫令清單段申報，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d106	急診治療結束時間	刪除欄位	同上	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d107	轉入服務機構代號	修正文字	釐清規範		
	d108	轉出事服務機構代號	欄位名稱修改為「轉往之醫事服務機構代號」	釐清規範	108.01.01(費用年月)起適用	V
			配合轉歸代碼增修，修改資料說明欄文字。	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理		
d111	試辦計畫	資料說明欄代碼1增刪文字，新增代碼2、3、4、5、6	本署106年6月26日健保醫字第1060007890號及106年9月30日健保醫字第1060033976號公告	106.07.01(費用年月)起新增		
d112	護病比加成點數	新增欄位	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜辦理，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
醫令清單段	p2	醫令類別	新增醫令類別K(全日平均護病比達特定範圍加成)。	本署104年8月26日健保醫字第1040033728號函	104.10.01(費用年月)起新增	
			刪除說明欄有關醫令類別X(Tw-DRGs支付通則六(六)得另行核實申報之項目等文字。	103.07.01改以「不適用Tw-DRGs案件特殊註記」代碼J(執行搏動氣球植入術)申報	103.07.01(費用年月)起刪除	
	p3	醫令代碼	資料說明欄新增三之17「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」規定。	依據本署104.12.29健保醫字第1040034456號函辦理	105.01.01(費用年月)起新增	
			資料說明欄新增四「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折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	長度由3byte改為6byte	本署104年8月26日健保醫字第1040033728號函	104.10.01(費用年月)起新增	
			增修資料說明欄文字	修正文字		
	p5	藥品用量	增加說明二「若醫令為藥品時,本欄為必填欄位。」	釐清規範		
	p6	(藥品)使用頻率	說明二必填欄位增加「藥品」	釐清規範		
	p7	給藥途徑/作用部位	增加說明二「若醫令為藥品時,本欄為必填欄位。」	釐清規範		
	p10	診療之部位	長度由6byte改為18byte	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函	108.01.01(費用年月)起適用	V
			刪除說明二,並移動項次			
			原說明三移至說明二並修正文字,新增說明三「醫令代碼83079B(高頻熱凝療法)者,本欄為必填欄位」文字			
	p11	Tw-DRGs計算	資料說明欄新增第三項「醫令代碼ISS,本欄為必填欄位」規定	依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」104年第4次臨時會會紀錄議辦理	105.01.01(費用年月)起新增	
	p12	切帳前筆資料	資料說明欄第一項新增「903」	依據本署104.12.29健保醫字第1040034456號函辦理	105.01.01(費用年月)起新增	
	P20	執行醫事人員代號	新增18005B等35項本欄為必填欄位	依據本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理	醫院層級106.07.01(費用年月)起新增;基層診所106.12.01(費用年月)起新增	
p21	影像來源	資料說明欄說明二影像來源代碼1說明文字由「複製片」修改為「複製片-由原檢查醫院提供」,新增代碼4(由病患自行取得提供)	依據本署104年8月24日健保醫字第1040033580號函辦理	105.08.24(費用年月)起適用		
p24	未列項註記	新增欄位	依據本署105年8月26日健保醫字第1050033741號函	105.10.01(費用年月)起新增		
p25	未列項名稱	新增欄位	同上	105.10.01(費用年月)起新增		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
	p26	委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號	新增欄位	依據本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函	108.01.01(費用年月)起適用	V
備註	註3	-	新增「105年1月1日(含;費用年月)起(『申報期間-迄』欄位填報值),以2014年版ICD-10-CM/PCS為準。	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.1.1(費用年月)起適用	
	註4	免部分負擔規定	新增免部分負擔代碼907(原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者)。	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起新增	
	註9	-	繼續住院之切帳申報原則	依據本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理	106.07.01(費用年月)起新增	
	註12	-	修改汽機車交通事故申報規定。	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.1.1(費用年月)起適用	
	註13(1)	-	備註2刪除慢性B、C肝炎「試辦」兩字 修改主診斷碼042或V08為「B20或Z21」	修正文字 配合ICD-10-CM/PCS實施	105.1.1(費用年月)起適用	
	註13(2)	其他代碼	刪除IC89(符合無力繳納保費者)	依據本署106年10月5日健保醫字第1060033966-1號函	106.6.1(費用年月)起廢止	
	註13(3)	異常代碼對照表	刪除代碼C002及C003	依據本署106年10月5日健保醫字第1060033966-1號函	106.10.5(費用年月)起廢止	
	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	新增診療部位代碼B(薦椎)及D(周邊神經)及支付標準代碼83079B(高頻熱凝療法)填報規定 新增藥物KC00879205等11項填報規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理 本署106年01月20日健保審字第1050036980號 本署107年5月11日健保審字第1070035261號函	108.01.01(費用年月)起適用 106.03.01(費用年月)起適用 107.06.01(費用年月)起適用	V
註21	-	針對同醫院急診當次轉住院案件申報原則新增備註說明。	依據本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理	106.07.01(費用年月)起新增		
註22	-	配合欄位IDd24「轉歸代碼」欄位新增說明文字。	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	
註23	-	新增「全民健康保險藥品使用標準碼」規定。	本署106年3月29日健保審字第1060035092號函	106.04.01(費用年月)起新增		
範例	-	增修範例內容		108.01.01(費用年月)起適用	V	

說明：

「107.04.17會議決議事項」欄位「V」者，表示已107.4.17邀集相關醫事團體、本署各分區業務組及本署相關單位召開「研商增刪特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」門診及住院部分欄位事宜結論事項進行增刪作業。該欄位為空白者，表示前已週知特約醫事服務機構在案，或酌修文字，本次屬整併作業。

變更申報格式修正增修欄位說明表—交付機構

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
	d1	案件分類	刪除案件分類4:肺結核個案DOTS執行費用	釐清規範	97.01.01(費用年月)起適用
	d19	行政協助項目部分負擔點數	免部分負擔代碼新增907	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起適用
			新增說明二、案件分類為5(協助辦理門診戒菸計畫)且免部分負擔代碼為007者,填應收部分負擔點數。	釐清規範	
	d5	給付類別	新增Y:八仙樂園粉塵爆燃事件	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.09.17(就醫日期)起適用
	d40	案件來源註記代碼	說明三新增「註22」文字	配合門診修正,釐清規範	
醫令清單段	p1	醫令類別	新增G:專案支付參考數值	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.11.01(費用年月)起適用
	p2	藥品(項目)代號	資料說明欄修正說明二,及新增說明三虛擬醫令代碼R001~R004事宜	同上	同上
	p7	總量	資料說明欄新增說明二「醫令代碼R001、R002、R003、R004,本欄位請填0」文字。	同上	同上
	p8	單價	資料說明欄新增說明二「醫令代碼R001、R002、R003、R004,本欄位請填0」文字。	同上	同上
	p9	點數	資料說明欄新增說明二「醫令代碼R001、R002、R003、R004,本欄位請填0」文字。	同上	同上
	p12	執行時間-起	資料說明欄第二項增修「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之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用
			資料說明欄第二項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.06.26(費用年月)起適用
			資料說明欄第四項增刪文字	釐清規範	
			資料說明欄新增第五項文字	配合門診修正,釐清規範	
			資料說明欄新增第七項文字,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。	本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函	106.12.01(費用年月)起適用

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
	p13	執行時間-迄	同上	釐清規範	
備註	註3	原處方服務機構(門診申報格式)案件分類代碼	修正D2(行政協助流感疫苗及兒童常規疫苗接種)文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函	
			新增案件分類DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)	1.本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函 2.比照門診案件辦理	104.09.17(就醫日期)起適用
			新增案件分類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)	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起適用
	註5	免部分負擔代碼規定	代碼009新增八仙樂園粉塵暴燃事件(104.06.27~104.09.30)	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.06.27(就醫日期)起適用
			代碼009新增有職災單之非職災醫療費用改健保支付	釐清規範	
			代碼009新增西醫就診92093B另以門診牙醫申報	本署106年9月29日健保醫字第1060033922號	106.11.01(費用年月)起適用
			新增免部分負擔代碼907(原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者)	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起適用
	註19	就醫科別代碼	新增就醫科別次分類AK(老人醫學科)	補充資料	104.05.01(費用年月)起適用
	註20(1)C	特定治療項目代號填表說明(牙醫)	牙醫門診總額計畫F4、FS、FU、FV、FX、FY、FZ等刪修文字	修正文字	
			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	本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.01.01(費用年月)起適用
新增特定治療項目代號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)、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)、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)、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)、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)、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)、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)			本署1070129健保醫字第1070001366號公告	107.01.01(費用年月)起新增	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
備註	註 20(1)D	特定治療項目代號填表說明 (中醫特殊治療或處置)	特定治療項目代號C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)之中文說明文字刪除「及顱腦損傷」等字	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用
			刪除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)	衛福部102年1月28日衛署健會字第1027500069號公告	本計畫於102.01.01取消
			CA(腦血管後遺症中醫門診照護計畫)	衛福部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告	本計畫於103.01.01取消
			特定治療項目代號J7之中文說明文字刪除「試辦計畫」等字	修正文字	
			特定治療項目代號J9(中醫提升孕產照護品質計畫)之中文說明文字增加「全民健康保險」等字		
			新增特定治療項目代號JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)、JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)	本署105.08.31健保醫字第1050011030號公告	105.09.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JH(癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫)	本署106.4.12健保醫字第1060004125號公告	106.05.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JI(肺癌患者中醫門診加強照護醫療)、JJ(大腸癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署107.01.22健保醫字第1070000783號公告	107.01.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JK(中醫急症處置計畫)	本署107.05.01健保醫字第1070005354號公告	107.05.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號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)、JM(中醫-經醫師認定之失智症病人)、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)	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正	107.06.01(費用年月)起適用
	註 20(1)E	特定治療項目代號填表說明 (其他)	新增特定治療項目代號EC(全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫)	本署104年4月23日健保醫字第1040004024號公告	104.04.23(就醫日期)起適用
			新增特定治療項目代號ED(早期療育門診醫療給付改善方案)	本署104年9月7日健保醫字第1040033735號公告	104.10.01(費用年月)起適用
			乳癌醫療給付改善方案、加強慢性BC型肝炎治療，刪除試辦等字	修改文字	
			新增特定治療項目代號HE(C型肝炎全口服藥品治療)，案件分類為E1	本署106.05.17健保審字第1060035383號公告	106.01.24(就醫日期)起適用
			新增特定治療項目代號HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)，案件分類為E1	本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.04.01(費用年月)起適用

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
備註	註20(1)E	特定治療項目代號填表說明(其他)	新增特定治療項目代號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)、HH(西醫-經醫師認定之失智症病人)、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) 代號為G5、G6者，案件分類為D4，另新增案件分類「E1」	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正 本署105年2月18日健保醫字第1050001627號公告	107.06.01(費用年月)起適用 105.01.01(費用年月)起適用
	註20(2)	全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序	增加全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序	配合門診申報修正	
	註21	全民健康保險藥品使用標準碼	於給藥途徑/作用部位中，新增ORO(口咽直接用藥(如噴劑、塗抹))、IPLE(胸腔內注射)	本署106年03月29日健保審字第1060035092號函	106.04.01(費用年月)起適用
	註22	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	新增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	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函-105年4月17日會議決議事項辦理	108.01.01(費用年月)起適用