

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：邱亭嘉
電話：04-25265394分機3311
電子信箱：hbtcm01160@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年12月12日
發文字號：中市衛保字第1130161515號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明段四 (387140000I_1130161515_ATTACH1.pdf)

主旨：轉知衛生福利部國民健康署有關「兒童重要疾病轉介確診費用申報作業」之申報事宜，請依說明段辦理，請查照。

說明：

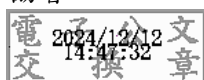
- 一、依據衛生福利部國民健康署(以下稱該署)113年12月2日國健婦字第1130464076號函及該署113年6月20日國健婦字第1130461813號公告訂定之「兒童重要疾病轉介確診費用申報作業」辦理。
- 二、前項修正申報作業於113年7月1日起生效，如於113年6月30日(含)前由執行兒童預防保健服務時發現疑似發展遲緩兒童並轉介者，在113年12月31日(含)前確診仍可申請此項費用。因應113年會計年度結算期限將屆，旨揭款項之請領，請務必於113年12月20日前，將113年12月15日(含)前轉介確診者之申領費用相關資料寄達本署，如逾會計年度結算期限(113年12月20日前)者，歉難補助。自113年12月16日起轉介確診者，請併列至113年1月份申領費用。
- 三、請協助轉知所屬會員(本市兒童預防保健特約醫事服務機

構)，並請各單位確認所送文件內容、簽章是否符合資格及備妥，以免因退件影響權益。

四、有關兒童重要疾病轉介確診費用申報作業請至該署網站/本署公告/(修正)兒童重要疾病轉介確診費用申報作業查詢。

正本：臺中市兒童預防保健院所、社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、台中市診所協會、社團法人臺中市大臺中診所協會、臺中市台中都診所協會

副本：



裝

訂

線



衛生福利部國民健康署

兒童重要疾病轉介確診費用申報作業

106年9月14日國健婦字第1060402431號公告訂定

113年6月20日國健婦字第1130461813號公告修訂

壹、目的

為鼓勵執行兒童預防保健服務院所及醫師，發現重要疾病(包括：膽道閉鎖、隱睪症或髖關節發育不良)兒童之轉介追蹤關懷，以利其及早接受後續診療，爰對院所轉介並經確診者，發給原轉介機構轉介確診費(每個案800元)。

貳、申請機構

限辦理兒童預防保健服務之全民健康保險特約醫事服務機構。

參、費用申報作業流程

一、「疑似膽道閉鎖」、「疑似隱睪症」、「疑似髖關節發育不良」轉介確診費

(一)院所於辦理兒童預防保健服務時，發現疑似膽道閉鎖、隱睪症、髖關節發育不良兒童，需先向家長說明及交付「全民健康保險院(所)轉診單」，或使用健保電子轉診平台進行轉介。

(二)於本署「婦幼健康管理整合系統」登載「兒童預防保健疑似異常個案轉介追蹤紀錄」，轉診單或相關證明文件，留存於病歷中備查。

※婦幼健康管理整合系統功能如有異動，請依據系統公告或電洽本署婦幼健康組。

(三)所轉介之疑似異常兒童，經轉診醫療院所確診為「膽道閉鎖」、「隱睪症」或「髖關節發育不良」者，至前開系統列印「申領清單及領據(表1-1)」，用印後函送當地衛生局/婦幼發展局申報費用，轉本署審核後撥付費用予院所。

(四)衛生局/婦幼發展局應於每月15日(含)前送件(表1-2)。

(五)當年度12月15日(含)前轉介確診者，需於當年申領費用，自12月16日後轉介確診者，併列至次年度1月份申領費用。

二、如採書面申報者，每月5日(含)前，將確診為「膽道閉鎖」、「隱睪症」或「髖關節發育不良」兒童之轉診單或相關證明文件影本，連同「申領清單及領據」完成填寫及用印後，送當地衛生局/婦幼發展局彙整，轉本署審核後撥付費用予院所。

表 1-1 兒童重要疾病轉介費申領清單及領據 (醫療院所用)

個案姓名	戶籍地 鄉鎮市區	兒童預防保健		轉介確診費項目 *註	確診院所名稱
		就醫日期	醫令代碼		

註：轉介確診費項目，請依照下列代碼填列，2：「疑似膽道閉鎖轉介確診費」，3：「疑似隱睪症轉介確診費」，4：「疑似髖關節發育不良轉介確診費」。

※本機構申領該項費用已確認上述資料無誤，如有虛偽不實，本機構依規定願檢還相關費用至國民健康署並自負一切法律責任。

茲領到 年 月兒童重要疾病轉介確診費，計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署

主辦人員： (請簽章)

醫療院所： 出納人員： (請簽章)

名稱(全銜)：請寫全銜及蓋機關章 會計人員： (請簽章)

醫療院所統一編號： 院 長： (請簽章)

聯絡電話：()

註：私立醫院(診所)如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：()

撥款之銀行名稱(分行)： 金融帳號： 戶名：

中華民國 年 月 日

表 1-2

縣市衛生局/婦幼發展局（ 年 月）

兒童重要疾病轉介費用申領清單及領據送件清單（衛生局/婦幼發展局用）

醫療院所	申請補助金額	備註

備註：衛生局/婦幼發展局應於每月 15 日(含)前，將送件清單（請自行留存乙份備查），
 連同醫事機構申領清單及領據，送衛生福利部國民健康署婦幼健康組核撥費用。

審核單位：

縣市衛生局/婦幼發展局

承辦人

科(課)長

中華民國 年 月 日