

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>☆240170</u>	<u>☆450(參閱說明 2)</u>	<u>50</u>	<u>50</u>
<u>區域醫院</u>	<u>☆240</u>	<u>☆140100</u>	<u>☆300</u>	<u>50</u>	<u>50</u>
<u>地區醫院</u>	<u>☆80</u>	<u>☆50</u>	<u>150</u>	<u>50</u>	<u>50</u>
<u>基層院所</u>	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>150</u>	<u>50</u>	<u>50</u>

說明：

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

2.醫學中心急診之部分負擔金額：

(1)檢傷分類 1 級、2 級：450 元。

(2)檢傷分類 3 級、4 級、5 級：550 元。

(3)編碼原則

• 總碼數：三碼

.第一碼(醫療院所層級)：

西醫 A(醫學中心)

B(區域醫院)

C(地區醫院)

D(基層院所)

牙醫 E(醫學中心)

F(區域醫院)

G(地區醫院)

H(基層院所)

中醫 N(醫學中心之中醫)

Q(區域醫院之中醫)

R(地區醫院之中醫或中醫醫院)

S(基層院所)

.第二碼(部分負擔方式)： 0(急診)

1(一般門診)

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

3(轉診，94年7月15日增訂)

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

.第三碼(身分別)： 0 或 1(轉診之回診)或 2(一般身分)

3(持殘障手冊)

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

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

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

●西醫

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

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

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

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

●牙醫

- 應部分負擔方式及金額

代碼 部分負擔金額 說明

E00	150	醫學中心；急診
-----	-----	---------

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

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

●中醫

- 免部分負擔規定同西醫免部分負擔代碼

• 應部分負擔方式及金額

代碼 部分負擔金額 說明

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

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

註 11:欄位 IDd28「處方調劑方式」說明：

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

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

(3)交付調劑案件申報說明：

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

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

C.同時給予保險對象注射並交付調劑其他藥品之申報方式：

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

註 12:適用一般案件申報之補充說明:

中醫門診一般案件給藥七日(含七日)以下且未申報檢驗費用者。

牙醫門診每人次總醫療費用在三百元以下者。

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

註 13:就醫科別代碼:

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

就醫科別次分類：

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

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

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

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

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

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

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

註 19: 西醫門診醫療費用之案件分類申報方式如下：

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

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

註 20:服務機構申報案件「主診斷代碼」欄位之診斷代碼第一碼為 S 或 T (Injury、Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes)者，則「次診斷代碼」欄位同時應有 External Cause of Morbidity 之任一編碼。汽車交通事故保險對象之醫療費用填報方式：前述不適用代碼 T17-T18、T36~T65、T67-T78、T88.7。服務機構申報汽車交通事故保險對象之醫療費用時，請依事故情形，於醫療服務點數清單段之「國際疾病分類號碼」欄加填外因分類碼如 ICD-9-CM：E810 至 E819。

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

註 22：居家照護案件填載方式 (97年4月增訂)：

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

(1)醫療服務點數清單段：

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

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

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

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

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

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

註 25：醫令類別補充說明：

依規定不得另行計價之藥品或診療項目(如論病例計酬案件包含於定額之項目、居家照護之特殊照護項目、洗腎包含於定額之項目、中中醫及一般案件或交付處方之用藥品項等)申報時，醫令類別請填 4[不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料]。不包含於定額之項目內可另行計價之項目，請依醫令類別 1(用藥明細)、2(診療明細)3(特殊材料)...選擇適當醫令類別申報計價費用。

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

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

註 26：牙齒部位:除參照 FDI 牙位表示法外

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

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

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

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

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

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

治療處置、手術及、檢查驗(檢驗查)加註診療之部位醫令代碼一覽表

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

	97605K 97606A 97607B 97608C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)	
尿路結石體外震波碎石術	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次	R:右側
	50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次	L:左側
	97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	B:雙側
	97406A	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97407K	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97408A	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
	97410A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
	97411K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)	
	97412A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)	
	97420B	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97421B	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
97423B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)		
股及腹股溝疝氣手術	97220K	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	R:右側
	97221A	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	L:左側
	97222B	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	B:雙側
	97223C	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
	97224P	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
電腦斷層造影	33070B	無造影劑-全身型	H:頭部

	33071B	有造影劑-全身型	A：頸部 F：頭頸部 U：胸部 N：頸椎 J：胸椎 K：腰椎 G：胸部及上腹部 C：上腹部 I：腹部(含骨盆腔) (99.3修訂) P：骨盆腔 E：肢部 Q：臂神經血管叢 M：骨骼肌肉系統 V：心血管系統 S：MRS(磁振頻譜) T：MRA(磁振血管攝影) O：其他
	33072B	有/無造影劑-全身型	
磁振造影	33084B	無造影劑	B:薦椎 D:周邊神經 依實施部位填寫左靠，不足補空白，白，例如頸椎及胸椎則填NJ，最多申報六個部位。
	33085B	有造影劑	
正子造影	26072B	全身	
	26073B	局部	
高頻熱凝療法	83079B		
藥物品	KC00879205	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	R:右側
	KC00990288	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	L:左側
	KC008792FM	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	B:雙側
	K000938248	AFLIBERCEPT-注射劑 2.00MG	

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

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

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 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> d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：1 交付調劑、檢驗(查)或物理治療 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</p> <p><u>執行檢驗醫事檢驗機構：</u> d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號 d40 案件來源註記：2 處方交付 p1 醫令類別：2 診療明細</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> d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢 p3 醫令類別：2 診療明細 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</p> <p><u>執行檢驗之醫院、診所：</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 p2 醫令調劑方式：3 接受其他院所委託轉檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</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>

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
			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	<p>一、請依原處方所列之案件分類並參閱註3填寫。</p> <p>二、資料格式30(藥局)：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</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」:本欄免填。</p>
*	d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	7	X	<p>一、請參閱註6填報。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>四、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：參閱註6、7、8填報。</p> <p>五、資料格式40[物理(職能)治療所]：參閱註13及15填報。</p>
*	d6	出生年月日	7	X	<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。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>
*	d3	身分證統一編號	10	X	<p>國民身分證統一編號,或外籍居留證號碼。</p>
*	d7	就醫序號	4	X	<p>一、請依原處方所列之就醫序號填報。</p> <p>二、資料格式30(藥局)：</p> <p>(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IC02或IC03或IC04。</p> <p>(二)藥事居家照護(案件分類D)者，本欄請填“N”。</p> <p>三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：</p> <p>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</p>

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、902、903、904、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) <u>Y:八仙樂園粉塵爆燃事件(104.06.27增訂)</u> 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>、<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、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