



中央健康保險署
全民健康保險保險人
資訊整合應用服務中心

(附件____) 111：特約醫事檢驗機構、放射機構點數清單
需求欄位勾選表

記錄方式		每筆資料記錄醫療院所交付調劑之每一人次至醫療院所看診的相關疾病資訊及交付調劑的藥費、藥事服務費、特殊材料費等				
需求欄位	序號	英文欄位	中文欄位	資料型態	長度	資料欄位需求之緣由或目的
<input type="checkbox"/>	1	DTL_PKNO	清單編號	C	19	
<input type="checkbox"/>	2	HOSP_ID	醫事機構代碼	C	22	
<input type="checkbox"/>	3	HOSP_DATA_TYPE	醫事類別	C	2	說明1
<input type="checkbox"/>	4	FEE_YM	費用年月	N	6	
<input type="checkbox"/>	5	APPL_TYPE	申報類別	C	1	說明2
<input type="checkbox"/>	6	APPL_DATE	申請/申報日期	D	8	
<input type="checkbox"/>	7	CASE_TYPE	案件分類	C	1	說明4
<input type="checkbox"/>	8	SEQ_NO	流水號	N	10	
<input type="checkbox"/>	9	ORIG_HOSP_ID	原處方醫療機構代碼	C	22	
<input type="checkbox"/>	10	ORIG_CASE_TYPE	原案件分類	C	2	說明4
<input type="checkbox"/>	11	CURE_ITEM1	特定治療項目代號(一)	C	2	說明5
<input type="checkbox"/>	12	CURE_ITEM2	特定治療項目代號(二)	C	2	說明5
<input type="checkbox"/>	13	CURE_ITEM3	特定治療項目代號(三)	C	2	說明5
<input type="checkbox"/>	14	CURE_ITEM4	特定治療項目代號(四)	C	2	說明5
<input type="checkbox"/>	15	FUNC_TYPE	就醫科別	C	2	說明6
<input type="checkbox"/>	16	FUNC_DATE	就醫日期	D	8	
<input type="checkbox"/>	17	ASSAY_DATE	檢驗日期	D	8	
<input type="checkbox"/>	18	ASSAY_E_DATE	檢驗檢查迄日	D	8	
<input type="checkbox"/>	19	BIRTHDAY	出生日期	D	8	
<input type="checkbox"/>	20	ID	身分證號	C	10	
<input type="checkbox"/>	21	HOSP_SERVICE_TYPE	保險醫事服務類別	C	1	
<input type="checkbox"/>	22	PAY_TYPE	給付類別	C	1	說明8
<input type="checkbox"/>	23	ICD9CM_CODE	國際疾病分類碼(一)	C	9	
<input type="checkbox"/>	24	ICD9CM_CODE1	國際疾病分類碼(二)	C	9	
<input type="checkbox"/>	25	ICD10CM_CODE2	國際疾病分類碼(三)	C	9	
<input type="checkbox"/>	26	ICD10CM_CODE3	國際疾病分類碼(四)	C	9	
<input type="checkbox"/>	27	ICD10CM_CODE4	國際疾病分類碼(五)	C	9	



中央健康保險署
全民健康保險保險人
資訊整合應用服務中心

(附件____) 111：特約醫事檢驗機構、放射機構點數清單
需求欄位勾選表

記錄方式		每筆資料記錄醫療院所交付調劑之每一人次至醫療院所看診的相關疾病資訊及交付調劑的藥費、藥事服務費、特殊材料費等				
需求欄位	序號	英文欄位	中文欄位	資料型態	長度	資料欄位需求之緣由或目的
<input type="checkbox"/>	28	PART_CODE	部分負擔代號	C	3	說明9
<input type="checkbox"/>	29	MET_DOT	特殊材料費點數	N	10	
<input type="checkbox"/>	30	PRSN_ID	醫事人員身分證號	C	22	
<input type="checkbox"/>	31	DRUG_PRSN_ID	藥師身分證號	C	22	
<input type="checkbox"/>	32	DRUG_DOT	藥費點數	N	10	
<input type="checkbox"/>	33	FUNC_SEQ_NO	就醫序號	C	4	
<input type="checkbox"/>	34	CURE_DOT	診療費點數	N	10	
<input type="checkbox"/>	35	APPL_DOT	申請費用點數	N	10	
<input type="checkbox"/>	36	PART_AMT	部分負擔金額	N	10	
<input type="checkbox"/>	37	EXP_DOT	醫療費用點數	N	10	
<input type="checkbox"/>	38	SEX	性別	C	1	說明13
<input type="checkbox"/>	39	APPL_CAUSE_MARK	補報原因註記	C	1	說明14
<input type="checkbox"/>	40	CASE_ORIGIN_MARK	案件來源註記	C	1	說明20

*2018年5月起，ID等欄位已變更長度，資料長度視實際提供的資料為主。

本中心審查：_____

署本部審查：_____