

# 全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心

## 申請使用資料注意事項

### 1. 申請應注意事項：

- (1) 下載本中心最新版本「使用資料申請單」。
- (2) 「使用資料申請單」之「申請者」請務必簽章，且申請者須為該研究計畫之主持人(或共同、協同主持人)。
- (3) 請確認須備齊之所有申請文件。
- (4) 申請文件請郵寄至衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱本署)。
- (5) 俟本署審查完畢後通知貴單位繳費。

### 2. 檢附 IRB 證明文件應注意事項：

- (1) 申請者以檢附衛生福利部核定之人體試驗委員會(Institutional Review Board, 以下簡稱 IRB)認證單位之 IRB 證明為原則，並應以申請者服務單位之 IRB 證明為優先；單位未設 IRB 者，得檢附其他單位之 IRB 證明，並經本中心審核通過，方提供所需資料。
- (2) 申請案計畫名稱與其所檢附之 IRB 證明應相符，且不得有造假或過期等情形，若經查證屬實，除撤銷或退回申請案外，相關法律責任由申請案相關人員自行承擔。
- (3) IRB 送審文件中須載明申請本中心資料檔作為研究使用。

### 3. 繳納規費應注意事項：

- (1)請於繳費完成後將匯款單據影本或電子檔，並填妥收據抬頭及受理序號，回復至本中心，電話：02-2348-6693、02-2348-6695。
- (2)若繳費完成3週內尚未收到收據，請電洽本中心，電話：02-2348-6693、02-2348-6695。
- (3)繳費前請先瞭解本中心所提供檔案、欄位及相關服務是否符合研究所需，繳費後除不可抗力因素外概不退費。
- (4)申請案如在計畫期間內衍生之相關費用(例如跨夜執行或毀損、維護的費用)，本中心於每季(三、六、九、十二月)結算或於結案前會寄發繳費通知單，請於接到通知後兩週內繳費，並回傳匯款單據。

### 4. 使用資料之限制：

本中心僅限攜出符合研究目的且超過五單位之統計結果，個案資料不予攜出。

# 全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心使用資料申請單

日期：\_\_年\_\_月\_\_日

受理序號：\_\_\_\_(由中心填寫)

**說明：**

- (1) 申請全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心(以下簡稱本中心)資料時，應根據所附資料項目清單填具申請單，向衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱本署)提出申請；本署受理申請時，得視實際申請內容及目的、用途予以審核，並依據「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」予以核算費用。
- (2) 本申請單經核准使用之資料，有效使用期限為一年，逾時需重新申請及計費。
- (3) 運用本中心資料撰成之一切論著(如會議論文、期刊論文、博碩士論文、專書或其他等)，均應載明資料來源為「全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心」或「Applied Health Research Data Integration Service from National Health Insurance Administration」，並於出版或發表後一個月之內，應提供1份論著(含電子檔)予本署存查；未提供者，本中心得拒絕其下次申請案。
- (4) 使用者如須使用特殊軟體者，應事先提出申請及簽署「全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心使用特殊軟體聲明書」，並出示相關軟體正本授權文件，且需經本中心確認得安裝者，方始得進入服務作業區內使用。

一、申請者資料(限本國人)					
姓名		職 稱			
服務機構		身分證字號			
服務單位		聯絡電話			
電子郵件					
聯絡地址					
聯絡人姓名		聯絡人電話			
目的及用途	<input type="checkbox"/> 碩、博士論文(需檢附在學證明、論文摘要) 論文名稱 _____ <input type="checkbox"/> 研究計畫：補助單位 _____、計畫編號 _____ 計畫名稱 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
單位類別	<input type="checkbox"/> 政府單位 <input type="checkbox"/> 學術單位 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
作業日數	最少工作日數____日(按收費標準計費)				
二、實際處理資料人員清冊(以四人為上限)(限本國人)					
姓名	身分證字號	性別	機構/單位	職稱	聯絡電話/ E-mail

三、研究計畫摘要 (以一頁為限)		
年 度：		
計畫名稱：		
計畫緣起：	( 計畫產生之背景及重要性 )	
計畫目的：	( 計畫所要達成之目標及所要完成之工作 )	
實施方法及進行步驟：	( 含研究設計、資料蒐集及分析方法 )	
統計資料庫預定使用範圍及方法：		
計畫期間：		報告(論著)發表(出版)預定日期：
研究成果處理類型(可複選)：	預計成果： <input type="checkbox"/> 1.論文寫作__件 <input type="checkbox"/> 2.論文發表__件(預計發表日期_____) <input type="checkbox"/> 3.內部研究__件 <input type="checkbox"/> 4.提供決策__件 <input type="checkbox"/> 5.其他__件(請簡要說明_____)	
計畫主持人：	<input type="checkbox"/> 同申請者	
	姓名：	
	職稱：	
	任職單位：	

註：若本中心審核小組認定，因上表填寫不完整致無法充分顯示計畫執行相關內容者，本中心得要求申請者提供完整計畫書(案)，方完成申請。

四、申請使用資料檔清單 (以本中心既有之檔案及欄位為準) (依「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」計費)						
	勾選	代碼	資料檔名稱	附件序號	所需資料年度	所需欄位數
一、全民健康保險醫療服務申報類總表、明細、醫令檔案	<input type="checkbox"/>	101	門診費用申請總表主檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	102	門診處方及治療明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	103	門診處方醫令明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	104	住院費用申請總表主檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	105	住院醫療費用清單明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	106	住院醫療費用醫令清單明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	107	特約藥局處方及調劑明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	108	特約藥局處方調劑醫令檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	109	特約物理治療所處方及調劑明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	110	特約物理(職能)治療所醫令	附件		
	<input type="checkbox"/>	111	特約醫事檢驗機構、放射機構點數清單	附件		
	<input type="checkbox"/>	112	特約醫事檢驗機構、放射機構醫令	附件		
二、全民健康保險承保類檔案	<input type="checkbox"/>	201	保險對象資訊檔	附件		
三、IC卡上傳類檔案	<input type="checkbox"/>	以需求訪談方式確認申請者需求。		需求說明書如附件		
四、檢驗檢查上傳類檔案	<input type="checkbox"/>	以需求訪談方式確認申請者需求。		需求說明書如附件		
五、VPN上傳類檔案	<input type="checkbox"/>	以需求訪談方式確認申請者需求。		需求說明書如附件		
六、特約醫事機構類檔案	<input type="checkbox"/>	601	醫事機構病床主檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	602	醫事機構診療科別明細檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	603	醫事機構服務項目檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	604	醫事機構主檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	605	醫事人員執業資料記錄檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	606	專科醫師證書檔	附件		
七、全民健康保險給付項目及支付標準類檔案	<input type="checkbox"/>	701	藥品主檔	附件		
	<input type="checkbox"/>	702	藥品價格檔	附件		
八、其他本署核可之檔案	<input type="checkbox"/>	801	重大傷病檔	附件		

**五、資料檔篩選方式**對象範圍：無篩選，需所勾選欄位之全部資料有篩選，條件如下：(可複選) (A)性別條件 (B)年齡範圍 (C)地區範圍 (D)疾病別 ICD 碼 (E)其他，說明：

註：若篩選條件經本中心認定過於複雜，得拒絕協助篩選。

註：申請者以檢附本部核定之人體試驗委員會(Institutional Review Board，以下簡稱 IRB)認證單位之 IRB 證明為原則，並應以申請者服務單位之 IRB 證明為優先；單位未設 IRB 者，得檢附其他單位之 IRB 證明，並經本署審核通過，方提供所需資料。申請案計畫名稱與其所檢附之 IRB 證明應相符，且不得有造假或過期等情形，若經查證屬實，除撤銷或退回申請案外，相關法律責任由申請案相關人員自行承擔。

 本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤，並僅同意提供貴中心作業之用。

(同意請打勾)

申請者簽章：\_\_\_\_\_

**審核結果** 同意開放使用 無法提供同意開放使用**審核意見****費用**

總計新台幣\_\_\_\_\_元整，費用明細如下：

※粗黑雙框由本中心填寫。

※上列費用請於**收到繳費通知後2週內**至銀行繳費(並請註明收據抬頭及聯絡人、中央健康保險署規費 受理序號：\_\_\_\_\_)，銀行：台灣銀行信安分行 帳號：240036000018，戶名：衛生福利部中央健康保險署301專戶，並將匯款單據回復至本中心收件人。