

行政院衛生福利部中央健康保險署
特約醫事服務機構支援照護機構申請書

新增 變更支援人員 變更支援時段 展延

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起以支援方式派 醫師
復健治療人員 至

_____ (照護機構名稱) _____ (照護機構代號) 支援

一般門診

復健診療服務 (經目的事業主管機關許可立案之老人安養、養護機構或身

心障礙福利機構、護理之家)，為保險對象提供醫療服務。前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或復健治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意中央健康保險署不予支付相關診療費用，如有經

通知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事項：

一、 _____ 月 _____ 日 (併費用申報作業辦理) 前，自「特約院所收治養護院民 VPN 網路申報系統」上傳所支援之照護機構全院院民名單。

二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。

三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附資料詳如附件，

1. 前往支援醫療作業說明(新增或原填寫事項有異動時檢附)、2. 衛生

主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書、3. 支援各照護

機構之門診時程表、4. 照護機構立案證明影本(新增、展延時檢附)。

四、於照護機構建置健保 IC 卡讀卡環境 (例：院所備連線型讀卡機)，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民 IC 卡攜回院所。

刷卡方式說明：_____

五、允諾照護機構必須配合中央健康保險署因業務需要所為之訪查或調閱相關資料，如照護機構不予配合時視同違約。

六、確認已與照護機構簽立合約。

| 特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章 | 照護機構印章及負責人印章 |
|------------------------|--------------|
| (請加蓋與合約相符之印信及印鑑) | |

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

行政院衛生福利部中央健康保險署
特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

| 作業項目 | 服務內容或作業方式 |
|----------------|--|
| 診療項目 | <input type="checkbox"/> 一般門診服務 <input type="checkbox"/> 復健診療服務- <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 語言 是否為早期療育服務 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 病歷及診療紀錄製作及保存方式 | -服務機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦 院民病歷 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：_____ -照護機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦 診療紀錄 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：_____ -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 否者，請說明實情：_____ |
| 處方作業方式 | <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 專人領藥 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ |
| 備註事項 | |

※注意事項：

1. 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或有原填寫事項有異動時填報。
2. 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。