

醫事服務機構申請為全民健康保險特約醫院填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、申請為地區醫院、區域醫院或醫學中心者，應經衛生福利部醫院評鑑合格；未參加評鑑或經評鑑不合格者，應勾選基層醫療單位；新設立未及參加評鑑之醫院，應為衛生福利部最近一次醫院評鑑公告取得開業執照期限後設立者，並應檢附當地衛生主管機關證明文件影本。
- 三、申請醫院名稱及印章應與當地衛生主管機關核准登記之名稱完全相同。
- 四、醫院開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、醫院代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄內請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、昂貴或具有危險性設備欄請填衛生主管機關核准登記數，一、三、四、五項並請檢附行政院原子能委員會核發之設備登記證及所在地直轄市或縣（市）主管機關核發之操作執照影本。
- 五、病床數欄請依當地衛生主管機關核准登記開放之病床數填寫。
- 六、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師 17 類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附填列之該等醫事人員執業執照正反面影本。
- 七、專科醫師資格欄不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 八、醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經公證之合夥文件影本（應註明與正本相符）；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。
- 九、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：醫事服務機構病床及設備資料表部分：

- 一、本表各類病床之保險病床數、收取病房費差額之病床床數及全院總床數欄之數字，應分別與「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」所列之病床床數相符（即本頁 A 欄床數應與次頁 A 欄床數相符，餘類推。）
- 二、急性病床保險病床比率及慢性病床保險病床比率欄請分別依表列公式計算之；保險病床比率應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之規定。
- 三、其他醫療設備請按實際數量填寫。

肆：醫事服務機構病床床號資料表部分

- 一、各類病床均應符合醫療機構設置標準及本保險特殊病床設置基準。
- 二、急性病房、慢性病房除下列病床得收取病房費差額外，其餘病床及本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得收取病房費差額：
 - （一）急性病房：每病室設 2 床以下之病床。
 - （二）慢性病房：每病室設 2 床以下之病床。
- 三、經濟病床為每病室設 4 床以上之病床。
- 四、急診處暫留床、洗腎治療床及嬰兒床，為本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得向保險對象收取病房費差額，惟其不納入保險病床比率計算。
- 五、病床床號編碼原則，請以十位元以內之英文字或數字編列，各類病床床號為病房費給付及保險對象住院自行負擔費用計算之依據，請確實填寫。
- 六、本表不敷使用時，請另以附頁說明；醫院得自行以電腦報表列印，惟請依式一行列印 10 床床號。

伍：其他

- 一、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 二、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地 址
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 台北業務組 TEL：02-25232388	臺北市許昌街17號(壽德大樓)7樓至9樓
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組 TEL：03-4339111	桃園縣中壢市中山東路3段525號
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 TEL：04-22583988	臺中市西屯區市政北一路66號（國雄大樓6樓）
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組 TEL：06-2245678	臺南市中西區公園路96號
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組 TEL：07-3233123	高雄市九如二路157號
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組 TEL：03-8332111	花蓮市軒轅路36號

全民健康保險特約醫院送件清單

醫事服務機構名稱：_____ 醫事服務機構代號：_____

◎檢附資料：

- 申請書、基本資料表、床號資料表、病床及設備資料表
 - *設備【心電圖、生化儀、內視鏡、超音波、眼科雷射機…等設備】須附設備發票、型號說明書
放射線設備應附『可發生游離幅射設備登記證』及『操作人員之操作執照』
 - 醫院病床標示、轉診櫃檯標示、特殊材料差額公開資訊。
 - 開業執照影本 開業日：_____年_____月_____日
 - 所有醫事人員身分證及執業執照正反面影本、專科醫師證書影本、其他醫事人員證書正反面影本
 - 藥師（生）證書正反面影本（具備二年執業經驗）
 - 轉帳資料卡【附聯名戶開戶存摺正面影本（例：王大明醫院王大明）】
 - 印鑑卡
 - 國稅局統一編號編配通知書影本
 - 成立投保單位證明（檢附「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」）
 - 概括同意書【變更負責人或跨區遷址】一式二份（簽約時負責人當面親簽）
 - 私立合夥（需檢附經公證之合夥文件影本）
 - 委託代檢機構【附合約書影本（代檢機構須為本保險特約院所）】：_____
 - 特殊業務
 - (1) 復健業務：1. 治療師（生）證書正反面影本 2. 設備明細、照片及證明（如發票影本）3. 治療空間平面圖及地坪面積（標示：設備名稱及算式）4. 作業流程表及復健治療單
 - (2) 血液透析業務：1. 血液透析單位基本資料表 2. 衛生主管機關核准公文影本
3. 洗腎治療床床號表 4. 洗腎機發票
 - (3) 分娩業務：特約診所辦理分娩業務人力及設備配置表
 - (4) 預防保健業務（須於申請書上勾選註明申請）
 - 評鑑等級影本 醫院營運計劃書
 - 雲端安全模組俟本署函知同意特約後於 VPN 線上申請
 - 「即時查詢病患就醫資訊方案」申請表
 - 藥袋（藥品明細）標示規範表 【請檢附醫療費用收據明細及藥袋藥品明細範本】
 - 自費項目價目表（健保不給付）
 - 跨區遷址*原開業地：_____縣、市*原開業院所名稱：_____。
 - 私立機構變更負責人*原負責人：_____ *新負責人：_____
 - 曾開業院所名稱_____地點_____期間_____
- 院所負責人手機：_____（供本組發送訊息）

送件人：_____ 收件日：_____年_____月_____日

送件人聯絡電話：_____ 受理人：_____

院所電子信箱帳號：_____

醫事服務機構申請全民健康保險特約注意事項

1. 檢具全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱本辦法)第3條所定相關文件，保險人受理申請後30日內完成審查，必要時得延長30日。
2. 申請特約之機構或其負責醫事人員有本辦法第4條及第5條所列情事之一者(如：受停止特約或終止合約處分尚未期滿…等)，於前開原因未消失前，不予特約。
3. 涉及違規(約)應受停止特約或終止特約處分之機構，以變更負責醫事人員再申請特約者，應俟本署審查確認無不予特約之事實始合約生效，本署未同意特約前相關醫療費用本保險不給付。
4. 機構檢齊相關資料申請特約，查申請日前5年內無本辦法第38條至第40條及第47條所列情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日15個工作天者，經審查同意特約，參加講習，合約生效日得溯至開業執照核發日。如逾開業執照核發日期15個工作天申請特約者，其經審查同意特約，參加講習，其合約生效日自申請日起生效。
5. 申辦復健業務、單一劑量藥事服務、醫院住院業務…等需實地訪查之特殊業務，應經本署訪評核准後，其合約生效日自申請日始生效。
6. 機構變更負責醫師，原核准辦理之特殊業務(如復健、血液透析、單一劑量藥事服務作業、跨表、事前審查案件、醫師支援案…等)資格，應即失效終止。新機構如需繼續辦理是項業務，應檢附相關證件資料重新申請辦理。
7. 機構之醫療費用申報，應自本業務組函知同意特約後，始予受理。
8. 送件日概以特約資料檢送完整日認定。
9. 本業務組通知簽約後，由負責醫師(人)親自到組簽約。
10. 送件完成後請至預約系統申請簽約時間，網址：<http://www.nhi.gov.tw> 首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 新特約院所預約簽約。

醫療院所代號：_____ 醫療院所名稱：_____

送件人簽章：_____ ※註明與院所關係：_____

負責人簽章：_____ 送件日期：_____ 年_____ 月_____ 日

本注意事項內容由本組人員充分告知，副本已交由_____ 簽收

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

全民健康保險特約醫院申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約醫院基本資料表」、「全民健康保險特約醫院病床及設備資料表」及「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」各乙份，申請為全民健康保險特約醫院，請惠予受理。

申請辦理業務：

A 門診診療

B 住院診療

C 血液透析業務

D 兒童預防保健服務

E 成人預防保健服務

F 婦女子宮頸抹片檢查

G 孕婦產前檢查

I 分娩

J 復健業務： 物理治療 職能治療

聽力檢查 語言治療

K 精神疾病患者居家治療業務

P 兒童牙齒預防保健

Y 口腔黏膜檢查

Z 定量免疫法糞便潛血檢查

申請類別：

1 醫學中心

2 區域醫院

3 地區醫院

4 基層醫療單位

型態別：

01 綜合醫院

02 醫院

03 專科醫院

04 精神科醫院

05 特殊科醫院

06 慢性醫院

11 牙醫醫院

21 中醫綜合醫院

22 中醫醫院

此 致
衛生福利部中央健康保險署

申請醫院名稱：

(醫院印信)

負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

醫院地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷

弄

號

樓之

負責醫師戶籍地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷

弄

號

樓之

負責醫師通訊地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷

弄

號

樓之

中華民國

年

月

日

QR-WKOH-203-07-A

全民健康保險特約醫院基本資料表

醫院名稱											代號																																	
開業執照地址	縣市		市鎮鄉區			村里			街路		段		巷		弄		號		郵遞區號□□□□□																									
負責醫師						出生年月		年		月		日		最近開業日期		年		月		日																								
身分證號						最近開業執照號碼																																						
診療科別	01□家庭醫學科		05□婦產科		09□耳鼻喉科		13□精神科		82□放射線科		40□牙科		02□內科		06□骨科		10□眼科		14□復健科		83□病理科		60□中醫		03□外科		07□神經外科		11□皮膚科		15□整形外科		84□核子醫學科		04□小兒科		08□泌尿科		12□神經科		81□麻醉科		00□一般診療	
醫事人員數	A 醫師		E 藥劑生		J 醫事檢驗師		S 醫用放射線技術師(士)		Z 營養師																																			
	B 中醫師		F 護理師		K 醫事檢驗生		U 物理治療生																																					
	C 牙醫師		G 護士		Q 物理治療師		V 職能治療生																																					
	D 藥師		H 助產士		R 職能治療師		W 語言治療人員																																					
昂貴或性具設有備	1. 電腦斷層攝影掃描儀		□有 _____ 臺 □無		6. 高震波腎臟碎石機		□有 _____ 臺 □無		2. 正子斷層掃描儀		□有 _____ 臺 □無		7. 核磁共振斷層掃描儀		□有 _____ 臺 □無		3. 放射性同位素診斷設備		□有 _____ 臺 □無		8. 準分子雷射血管成形術系統		□有 _____ 臺 □無		4. 放射性同位素治療設備		□有 _____ 臺 □無		9. 冠狀動脈旋轉研磨鑽		□有 _____ 臺 □無		5. 高能粒子治療設備		□有 _____ 臺 □無									
醫院病床數	急性病床	01一般病床		04洗腎治療床		小計	慢性病床	10一般病床		小計	總計																																	
		02加護病床		06嬰兒床				09精神病床																																				
		03燒傷病床		07急診觀察床				11結核病床																																				
		08精神病床		13其他特殊病床				12漢生病床																																				
		05嬰兒病床 (新生兒中重度病床)		其他																																								
註：醫院病床數以醫院於衛生局登記開放之病床數為主。																																												
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日																																				
一、本□醫院□未涉有醫療管理法規違規情事，目前□已結案。 □負責人□涉有□未結案。										<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 40%;"></div> </div>																																		
二、本醫院違規事實概要：																																												
中華民國 年 月 日										<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 合約章小章 合約章大章 </div>																																		
醫事服務機構其他基本資料	1□公立		單位所得稅																	本欄不須由衛生局查驗核章																								
	2□財團法人		統一編號																																									
	3□私立(合夥)		電話號碼																																									
	4□私立(獨資)		傳真號碼																																									

病床分類		病 床 床 號											
急 保 險 病 床	保 險 病 床	111 急性一般病床											A
		112 急性經濟病床											
		113 急性加護病床											
		114 急性精神科加護病床											
		115 急性燒傷病床											C
		116 急性燒傷加護病床											
		117 急性一般精神病床											D
		118 急性經濟精神病床											
		11D 急性嬰兒病床											E
		119 負壓隔離病床											
	病 床	病 床	11A 正壓隔離病床										F
			11B 急性骨髓移植隔離病床										
			11G 亞急性呼吸照護病床										
			11H 慢性呼吸照護病床										
			11I 安寧病床（不收差額）										
			11J 急性保險結核病床										
			11K SARS 負壓病床										
			11L 普通隔離病床										
			11C 急性急診處暫留床病床										
			11E 洗腎治療床										
收 取 差 額 病 床	收 取 差 額 病 床	11F 嬰兒床										不列入保 險病床計 算	
		211 急性收差額病床											
		212 急性收差額精神病床											
		21I 安寧病床（收差額）											
慢 性 病 床	保 險 病 床	21J 急性收差額結核病床										G	
		121 慢性一般病床											
		122 慢性精神病床											
		123 慢性結核病床											
	收 取 差 額 病 床	收 取 差 額 病 床	124 慢性漢生病床										H
			221 慢性收差額病床										
			222 慢性收差額精神病床										
			223 慢性收差額結核病床										
收 取 差 額 病 床	收 取 差 額 病 床	224 慢性收差額漢生病床										I	
		22I 安寧病床（收差額）											
日間留院病床												J	
												K	
												L	
												M	
												N	
												O	
												P	
												Q	

全民健康保險特約醫院病床及設備資料表

醫院代號：_____ 醫院名稱：_____

急 性 病 床	病床分類	一般病床	加護病床	燒傷病床 (含燒傷中心)	精神病床	嬰兒病床	其他病床 (註)	合計
	保險病床數	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(Q)
	收取病房費 差額之病床數	(G)			(H)		(I)	(R)
	全 院 總 床 數							
	急 性 病 床保險病床百分比							

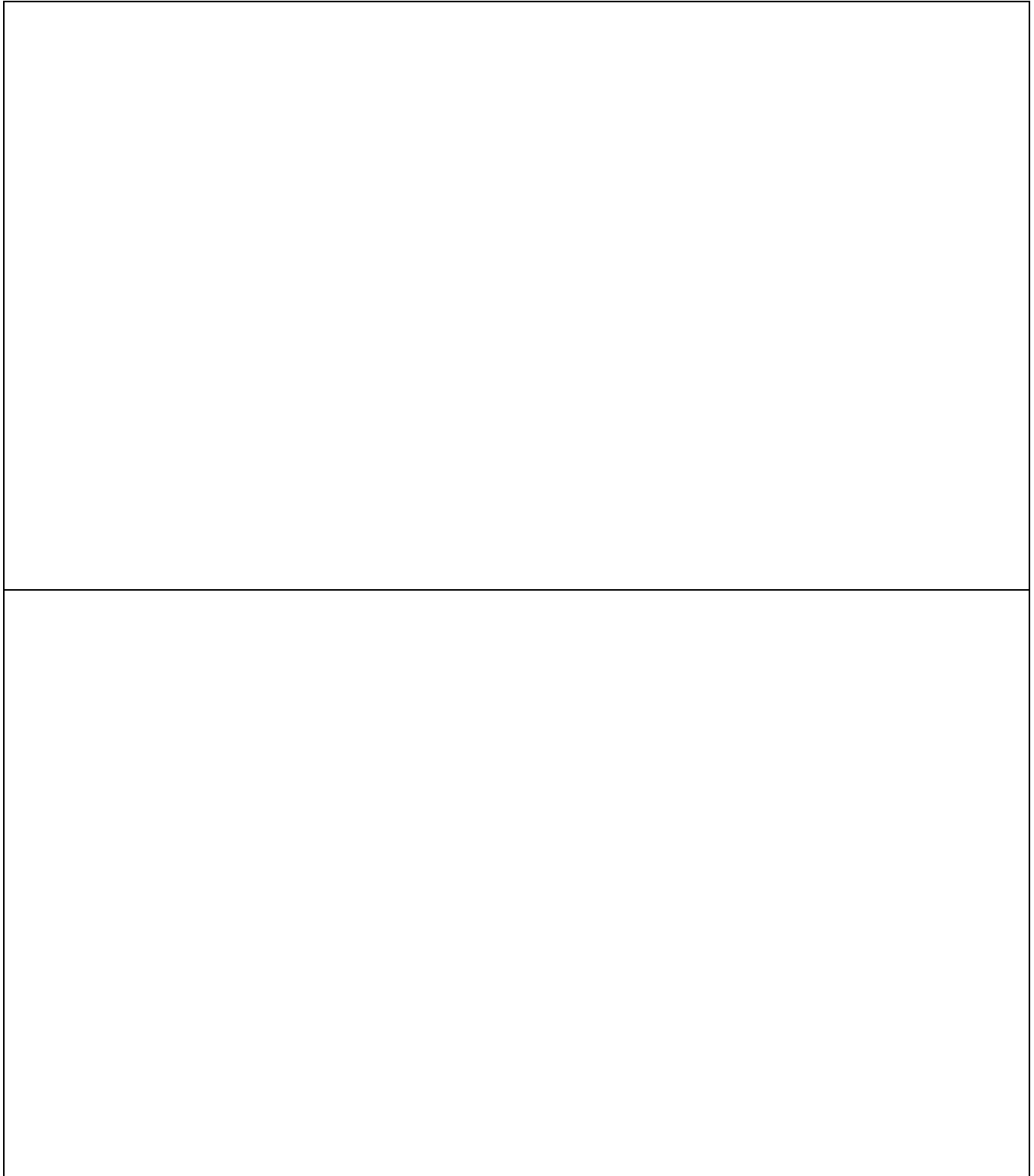
註：其他病床含隔離病床(普通、正壓及負壓)、骨髓移植隔離病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床、安寧病床、急性保險結核病床、SARS 負壓病床。

慢 性 病 床	病床分類	一般病床	精神病床	結核病床	漢生病床	合計
	保險病床數	(J)	(K)	(L)	(M)	(U)
	收取病房費 差額之病床數	(N)	(O)	(P)	(Q)	(V)
	全 院 總 床 數					
	慢 性 病 床保險病床百分比					

其 他 醫 療 設 備	項目	數量 (臺)	項目	數量 (臺)	項目	數量 (臺)
	01 <input type="checkbox"/> 血液透析機		07 <input type="checkbox"/> 高壓氧		13 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機	
	02 <input type="checkbox"/> 血管造影設備		08 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀		14 <input type="checkbox"/> 彩色超音波	
	03 <input type="checkbox"/> 眼科鐳射機		09 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備		15 <input type="checkbox"/> 心導管設備	
	04 <input type="checkbox"/> 超音波		10 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀		16 <input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石	
	05 <input type="checkbox"/> 內視鏡		11 <input type="checkbox"/> 血管攝影 X 光機		17 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機	
	06 <input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機		12 <input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影			

醫院病床標示公開資訊

一、住院櫃台（請貼相片）



（請依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條規定：特約醫院應於其住院櫃台、病房護理站及其網際網路網頁明顯標示設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額費用等資料）

醫院病床標示公開資訊

二、病房護理站

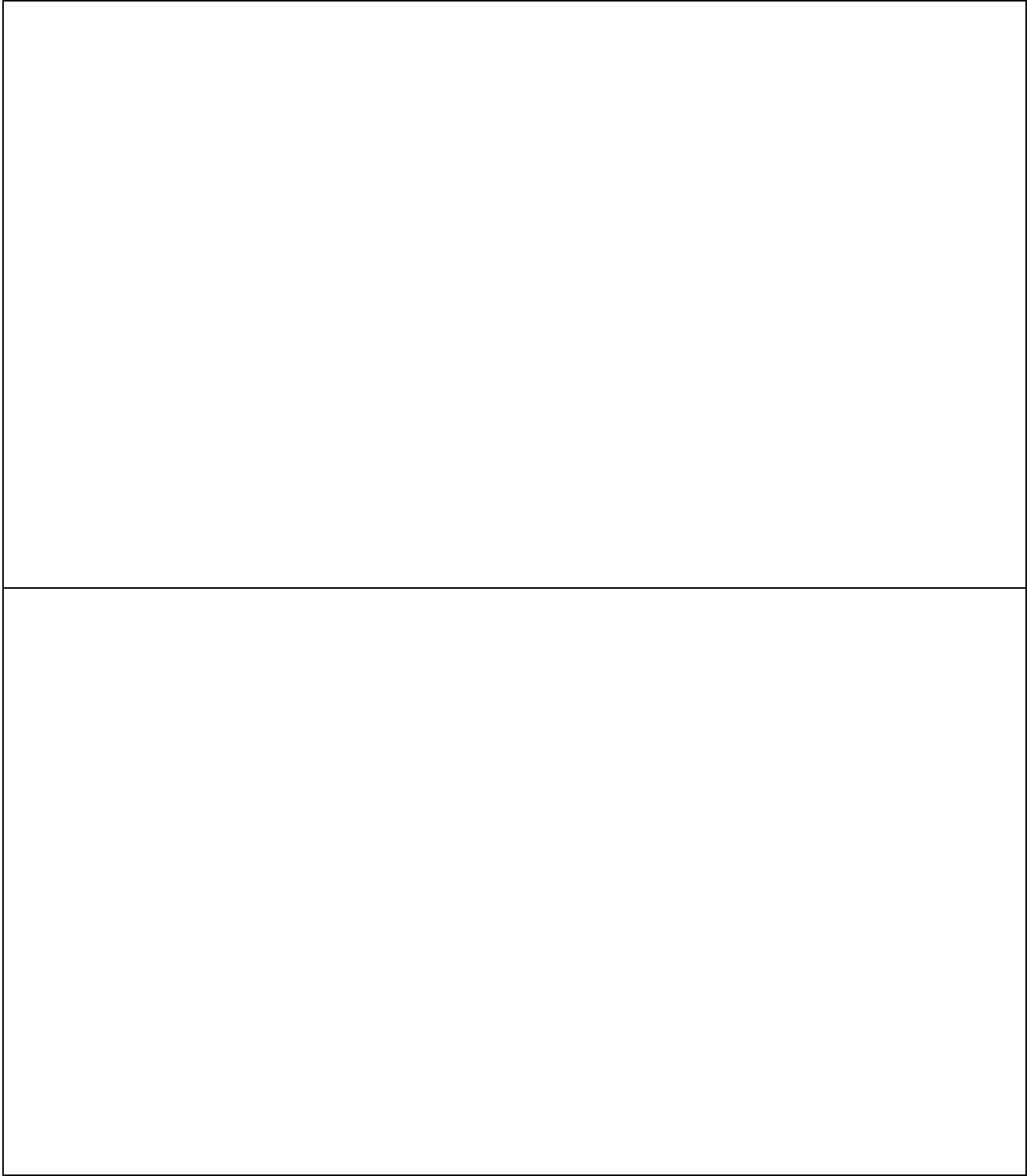
(請依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條規定：特約醫院應於其住院櫃台、病房護理站及其網際網路網頁明顯標示設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額費用等資料)

醫院病床標示公開資訊

三、網際網路網頁

(請依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條規定：特約醫院應於其住院櫃台、病房護理站及其網際網路網頁明顯標示設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額費用等資料)

醫院轉診櫃檯標示 (相片)



聯絡人及電話：_____

(請依據全民健康保險轉診實施辦法第5條規定：特約醫院、診所應與其他特約醫院、診所建立雙向轉診作業機制。特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為需要轉診之保險對象提供適當就醫安排，並視需要，保留一定名額予轉診之病人。)

醫院公告保險對象應自付差額之特殊材料（網頁相片或明顯處所相片）

（請依據全民健康保險特約及管理辦法第 14 條規定略以：保險醫事服務機構應就保險對象應自付差額之特殊材料品項及其費用、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較，並應公布於服務機構網際網路或明顯之處所。）

全民健康保險特約醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱_____

醫事機構代號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所得單位扣繳統一編號

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

往來銀行	總 機 構 名 稱											代 號			
	分 支 機 構 名 稱														
	存款種類														
	戶 名														
	帳 號														
往來郵局	戶 名														
	郵政劃撥儲金帳號														
委託金融機構名稱：															
004台灣銀行				005台灣土地銀行				006合作金庫銀行				007第一商業銀行			
008華南商業銀行				009彰化商業銀行				012臺北富邦銀行				016 高雄銀行			
017兆豐國際商業銀行				050台灣中小企業銀行				700郵政儲金匯業局				808玉山商業銀行			
812台新國際商業銀行				815日盛國際商業銀行				816安泰商業銀行				822中國信託商業銀行			

說明：特約醫事機構應以其開業執照名稱及負責醫事人員姓名，在上開金融機構設立存款帳戶或郵政劃撥帳戶；如以負責人名義或其他名稱設立之帳戶，無法受理。

醫事機構代號： 醫事機構名稱：	負責醫事人員姓名：_____
請蓋合約章 (特約醫事機構)	請蓋合約章 (負責醫事人員章)

核定生效日期：_____ QR-WK0H-209-01-B

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
醫事服務機構名稱											
負責人姓名											
印鑑建立/變更日期	年 月 日										
合約書編號	No. <u> </u>										
請 蓋 合 約 書 印 鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)									

同意書（私立醫療機構）

_____（代號：_____）負責醫師_____同意下列事項：

- 一、_____（代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金及利息），由本醫院（診所、藥局）承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本醫院（診所、藥局）之醫療費用中扣抵。
- 二、_____（代號：_____）負責人_____與本醫院（診所、藥局）負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本醫院（診所、藥局）與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「_____醫院（診所、藥局）」

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫師姓名：

簽章

「由負責醫師親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

代表人姓名：

簽章

「由代表人親自當面蓋章」

醫院或診所方型印章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

中華民國

年

月

日

註：本同意書一式二份

同意書（私立醫療機構）

_____（代號：_____）負責醫師_____同意下列事項：

- 一、_____（代號：_____）原積欠衛生福利部中央健康保險署之債務（包括醫療費用、保險費、滯納金及利息），由本醫院（診所、藥局）承擔，並同意由衛生福利部中央健康保險署支付本醫院（診所、藥局）之醫療費用中扣抵。
- 二、_____（代號：_____）負責人_____與本醫院（診所、藥局）負連帶清償責任。
- 三、以上表述各節列為本醫院（診所、藥局）與衛生福利部中央健康保險署所立之「全民健康保險醫事服務機構合約之一部份」。

立書人：

「_____醫院（診所、藥局）」

醫療院所代號：

醫療院所住址：

負責醫師姓名：

簽章

「由負責醫師親自當面蓋章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

代表人姓名：

簽章

「由代表人親自當面蓋章」

醫院或診所方型印章」

戶籍地址：

身分證字號：

電話：

中華民國

年

月

日

註：本同意書一式二份

QR-WKOH-203-18-A

醫院（代號：

）營運計畫書（建議格式）

提報日期： 年 月 日

一、經營目的

二、服務需求（主要服務地區人口統計資料、醫療資源評估、社區健康評估等）

三、未來一年營運計畫（經營策略）

（一）有關門診部分

（二）有關住院部分

（三）有關社區服務部分

（四）病患就醫權益保障部分

（五）病患就醫權益部分

（六）急、重、難症病患之治療原則

（七）資訊分享及公開

四、未來一年營運預估（請分季詳述）

（一）營運規模：評鑑等級、病床規劃（總床數、急性一般病床數、加護病床數、特殊病床數）、科別設置，主要設施與設備、醫事人力（醫師數、專科醫師數、護理人員數、藥師人數、其他醫事技術人員、行政人員數）

（二）門診服務

1、服務量：服務人次、申報點數、總診次、開診科別

2、門診量增減原因分析

（三）急診服務

1、服務量：服務人次、申報點數、總診次、開診科別

2、急診量增（減）原因分析

（四）住診服務

1、住院人次、住院人日數、申報點數、科別

2、住院服務量增（減）原因分析

（五）其他特殊服務

五、結語

雲端安全模組申請流程

親愛的醫事服務機構您好：

本署配合政府無紙化政策及提升雙方業務時效性，推動雲端安全模組線上申請方式。

✓ 操作手冊下載：

有關雲端申請安全模組操作手冊與簡報已放置於健保資訊網服務系統 (VPN) 網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>

(路徑:下載專區/共通作業/服務項目/電腦設定)

✓ 讀卡機控制軟體 5.0 版下載

請由健保署全球資訊網進入 <https://www.nhi.gov.tw/>

(路徑:首頁/主題專區/健保卡/健保卡資料下載區)

✓ 諮詢窗口

轉換作業及控制軟體諮詢窗口 (週一至週五上班期間)：

電話02-27065866 分機6188、6189、6190。

電子郵件：nhi.vpn.iisi@gmail.com

✓ 申請方式：

1、[醫事機構登入](#)→[醫事機構卡](#)

2、[需插入醫事機構卡及輸入PIN碼登入認證](#)

The screenshot shows the '健保資訊網服務系統 (VPN)' interface. On the left is a navigation menu with '醫事機構登入' highlighted in red. The main content area shows the '醫事機構登入 (請選擇使用卡片)' section with buttons for '醫事人員卡', '健保卡', '自然人憑證卡', '醫事機構卡', and '政府單位憑證卡'. The '醫事機構卡' button is selected. Below this, there is a '醫事機構卡登入' section with a list of questions and a red-bordered box containing a PIN code input field, a card type selection (radio buttons for '健保讀卡機' and '晶片讀卡機'), and a '登入' button.

衛生福利部
中央健康保險署

健保資訊網服務系統 (VPN)

所在位置 / 首頁 / 醫事機構登入 / 醫事機構卡

醫事人員專區

醫事機構登入

下載專區

聯絡窗口

友善連結

服務電話：(07)231-8122
服務時間：週一至週五8:00 ~ 19:45、週六9:00 ~ 17:00
電子信箱：ic_service@nhi.gov.tw

網路線路諮詢報修專線
中華電信 (02)2344-3118

醫事機構登入 (請選擇使用卡片)

醫事人員卡 健保卡 自然人憑證卡 **醫事機構卡** 政府單位憑證卡

醫事機構卡登入

- 申辦醫事機構卡事宜？▽
- 首次使用醫事機構登入事宜？▽
- 衛生福利部醫事憑證管理中心相關網站？▽

請輸入憑證 PIN 碼：

請選擇讀卡機種類：

健保讀卡機 晶片讀卡機

登入

3、機構代表作業→雲端安全模組申請、下載

我的首頁

服務項目

公告事項

特材價量調查

檢驗(查)結果每日上傳作業

機構代表作業

醫療費用申報

重大傷病

**特定藥品採購資料調查作業

機構管理者作業

事前審查

**TPN建議收載作業

醫事機構收取特材自費申報系統

PACS電子化專審批次資料傳送作業

**一般藥品採購資料調查作業

健保醫療資訊雲端查詢系統

健保雲端藥歷系統批次下載

健保醫療資訊雲端系統批次下載

檢驗(查)結果每日上傳作業

機構管理者維護作業

雲端安全模組申請、下載

件並有填病歷號之案件，已於「事前審查流程狀態查詢」畫面新增帶出病歷號欄位。(102.07.01)

事項(102.01.29) 詳細資料..

於面函式(採帳號及密碼認證)」服務，將於102年11月1日停止提供服務。(102.06.17) 詳細資料

※全民健康保險醫事服務機構(門診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明(102.05.15新增)，相關文件請參考首頁左側下專區「服務項目_醫療費用申報」文件。(102.06.13)

※每日上午5:00至8:00因進行例行系統維護醫療費用檢核作業將暫停服務，但仍可正常收件，若於本時段上傳處理狀態為「檢核中」，於上午8:00開始排程檢核，請勿將已上傳檔案刪除，以免影響優先排程權利。(101.11.07)

※住院病例組合編審服務使用者手冊(102.01.08) 詳細資料..

※住院病例組合編審作業PC單機版命令列參數啟動說明文件-96.06.06(101.10.03) 詳細資料..

※住院病例組合編審作業程式更新說明(102.01.28) 詳細資料..

※住院病例組合編審服務資料上傳格式SAMPLE(102.01.02) 詳細資料..

<< < 1 2 > >> 到第 1 頁

聯絡窗口

服務類別: 請選擇

4、填寫表單進行申請-新增。

雲端安全模組例行發卡

查詢 新增

我的首頁 > 機構代表作業 > 雲端安全模組申請、下載

現行作業區

機構管理者維護作業

雲端安全模組申請、下載

雲端安全模組例行發卡

申請單號	<input type="text"/>	申請日期	107/03/14
申請單狀態	申請中		
單位代碼	<input type="text"/>	單位名稱	臺北虛癩診所
聯絡人	<input type="text"/>	聯絡電話	<input type="text"/>
行動電話	<input type="text"/>	電子郵件	<input type="text"/>

送出 取消

5、審核通過後下載雲端安全模組檔

醫療院所識別檔，檔名是「醫療院所代號」+「安全模組代號」.SAM

✓ 注意事項

- (1) 申請至核發安全模組時間為：2個工作天。
- (2) 一個醫療院所只需申請一組雲端安全模組檔，便可自行複製使用。
- (3) 申請雲端安全模組均不收費。
- (4) 需準備兩台一般讀卡機，原則上標明可支援自然人憑證或其他政府公開憑證的晶片讀卡機皆可，可參考內政部自然人憑證網站。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案固接網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱： 代號：

安裝地址： _____

二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 交付機構（藥局、醫事檢驗機構）

三、參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：是 否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：

(一) 原特約醫事服務機構名稱 _____。

(二) 原特約醫事服務機構代號 _____。

(三) 承接日期____年____月____日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)

(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

七、特約醫事服務機構及負責人印章(合約大小章)：

個人資料收集處理及利用同意書

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

特約醫事服務機構及負責人印章：

中華民國 年 月 日

(請注意下列事項：

- 1.承接固接網路之醫事服務機構，需向本署申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
- 2.醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
- 3.醫事服務機構未於各季結算時點前申報醫療費用資料，不予支付方案費用。
- 4.線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

高屏業務組聯絡電話：07-231-5151 轉 2412 高雅雯小姐
寄回：801 高雄市前金區中正四路 259 號 醫務管理科收

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限（單位：新台幣元）

特約層級別	網路頻寬	頻寬月租費	支付上限	自付差額
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561	54,561	0
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201	45,201	0
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857	25,857	0
診所及交付機構	企業型 FTTB 2M			
	企業型 FTTB 1M	5,031	1696	3,335
	專業型 FTTB 2M	3,760	1696	2,064
	專業型 FTTB 1M	1,980	1696	284
	一般型 FTTB 6M/2M	1,696	上傳資料沒有加密	

註：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，108年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

中華電信自 107 年 4 月 1 日起調降一般型光纖 6M/2M 費用為 1,696 元

營運處	專案經理	聯絡電話	傳真	e-mail
高雄	陳 卉	(07)-5507106	(07)550-7359	khcallcenter@cht.com.tw
高雄	蔡欣潔	(07)-5509131	(07)550-7359	hctsai@cht.com.tw
鳳山	謝婷玲	(07)731-1526	(07)344-7309	meme@cht.com.tw
岡山	莊崇輝	(07)644-0678		k012544@cht.com.tw
旗山	張碧如	(07)644-1018		amis2@cht.com.tw
屏東	郭雅瑩	(08)756-0977	(08)7440308	kuoyaying@cht.com.tw
澎湖	吳桂雲	(06)244-2493	(06)211-1104	livia@cht.com.tw

QR-WKOH-203-21-B

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 一、 特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____
- 二、 特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 其他（ _____ ）
- 三、 參加本方案申裝之行動網路類型 4G、月租費 _____ 元。
- 四、 參加起始日期： _____ 年 _____ 月。
- 五、 因應何類業務需申請行動網路：
居家醫療照護服務
西醫醫療資源不足地區改善方案
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
其他(請敘明業務需求 _____)
- 六、 申請數量：1組 2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料： _____)
- 七、 是否承接其他醫事服務機構之行動網路：是 否，如承接者，請填寫下列資料：
 (一) 原特約醫事服務機構名稱 _____。
 (二) 原特約醫事服務機構代號 _____。
 (三) 承接日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
 (四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：
以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 八、 聯絡人姓名： _____ 電話： _____ 傳真： _____
 E-MAIL： _____
- 九、 特約醫事服務機構及負責人印章：

個人資料收集處裡及利用同意書

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予中華電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

特約醫事服務機構及負責人印章：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 十、 (請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。)

高屏業務組聯絡電話：07-231-5151 轉 2412 高雅雯小姐
 寄回：801 高雄市前金區中正四路 259 號 醫務管理科收

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	2,500 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣 1GB。超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023 元。

行動網路支付上限：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額**核實支付**。
2. 支付方式及支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限
3. 行動網點：如無限基地台，需購買行動訊號機 3,690 元

營運處	專案經理	聯絡電話	傳真	e-mail
高雄	陳 卉	(07)-5507106	(07)550-7359	khcallcenter@cht.com.tw
高雄	蔡欣潔	(07)-5509131	(07)550-7359	hctsai@cht.com.tw
鳳山	謝婷玲	(07)731-1526	(07)344-7309	meme@cht.com.tw
岡山	莊崇輝	(07)644-0678		k012544@cht.com.tw
旗山	張碧如	(07)644-1018		amis2@cht.com.tw
屏東	郭雅瑩	(08)756-0977	(08)7440308	kuoyaying@cht.com.tw

行動網卡：劉國偉 02-23266538

醫療院所及藥局藥袋(藥品明細)標示規範

診所(藥局)名稱	
診所(藥局)代號	
填報人(院所或藥局負責人):	
填報日期(YYY/MM/DD)	
藥局/藥師項目	有/未聘設(有請填1、無請填0)
有無自設藥局	
有無自聘藥師	
診所釋出處方(填"有"者以下免填)	
藥袋標示項目	有/未標示(有標示請填1、未標示請填0)
1. 病人姓名	
2. 性別	
3. 年齡	
4. 藥品名稱(單方藥品:成分名+商品名) (複方藥品:商品名)	
5. 藥廠(廠商)名	
6. 數量	
7. 天數	
8. 劑量	
9. 服用方法	
10. 醫療院所名稱及代號	
11. 調劑地點(藥局)	
12. 調劑者姓名	
13. 調劑年月日	
14. 處方醫師姓名	
15. 藥品保存方式	
16. 調劑後有效期限	
17. 適應症	
18. 副作用	
19. 警語	

自費項目價目表(健保不給付)

機構代號：_____ 機構名稱：_____

品項名稱	規格/數量	廠牌	收費金額	備註

製表日期： 年 月 日

- 貴院(所)自費項目明細公告處：1. 診間
2. 上網，網址：_____
3. 以上皆有

聯絡人及電話：_____