

## 全民健保特約醫事服務機構申請報備支援照護機構應檢附資料

一般門診復健診療服務初次支援填列 1-9 項 / 續支援填列 1-5 及 9-10 項

- 1.全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書，如附表。
- 2.衛生主管機關核定醫事人員報備支援公文影本（或醫事人員報備支援申請書影本）。
- 3.全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表，如附表。
- 4.支援醫師於執業院所、支援照護機構及其他醫事機構之門診時程表。
- 5.照護機構立案證明影本。
- 6.照護機構機構簡介、醫療人員編制說明。
- 7.照護機構平面圖乙份（標示診察室位置），若辦理復健治療，另提供復健治療空間平面圖（需標示面積）。
- 8.照護機構診察室或復健治療空間照片數張（須清晰可見整體空間及內部配置）。
- 9.全民健康保險特約醫事服務機構與照護機構締結之合約書。
- 10.全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療服務調查表。

## 全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

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，同意保險人不予支付相關診療費用並同意遵守下列作業事項，如有經通知改善而未確實改善者，依健保相關法規辦理。

- 一、每月 20 日(併費用申報作業辦理)前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院院民名冊。
- 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、申請支援核備所檢送之相關文件資料正確無誤(應檢附資料詳如附件)。
- 四、於照護機構建置健保卡讀卡環境(例：院所備連線型讀卡機)，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。  
 刷卡方式說明：\_\_\_\_\_
- 五、保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料，照護機構應予配合。
- 六、支援巡診醫師於門診時段應視住民需求開立「全民健康保險居家照護醫囑單」(居家醫囑單效期為 30 日)，照護機構應協助將該醫囑單交予居家護理所執行。

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

## 全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：\_\_\_\_\_ 服務機構名稱：\_\_\_\_\_

照護機構代號：\_\_\_\_\_ 照護機構名稱：\_\_\_\_\_

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	
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		
特約醫事服務機構印信及負責醫師印鑑	醫事服務機構印信	負責醫師印鑑

※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。

中華民國            年            月            日

## 全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療服務提供調查表

醫療院所代號：\_\_\_\_\_ 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

一、貴院所申請支援之照護機構，及其加入方案或計劃之情形，請填列名冊。

照護機構 名稱與代號	支援起訖月	照護機構已參加 「減少照護機構住 民至醫療機構就醫 方案」	照護機構已參加 「住宿式機構強化 感染管制獎勵計 畫」
	____年____月 至 ____年____月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原 因：_____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原 因：_____。
	____年____月 至 ____年____月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原 因：_____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原 因：_____。
	____年____月 至 ____年____月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原 因：_____。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原 因：_____。

註：可自行增列

二、貴醫事機構為具有成人流感疫苗接種合約院所之資格

- 是，具有家醫科、內科或兒科專科資格(續填答第三點)  
否

三、貴醫事機構為已參加衛生局當年度流感疫苗接種計畫合約之院所

- 是  
否(請續勾原因) 本院所具有資格，但無意願參加。  
本院所具有資格，預計會參加。

四、貴醫事機構支援醫師至少有 1 位以上，為具有安寧居家甲類或乙類醫事人員之資格

- 是  
否