

# 特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明【XML 檔案格式，特約藥局、特約醫事檢驗(放射)所及特約物理(職能)治療所適用】

版更日期:109.8.13

媒體格式

## (一)總表段

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	t1	資料格式	2	X	特約藥局：請填30。 特約物理(職能)治療所：請填40。 特約醫事檢驗(放射)所：請填60。
*	t2	服務機構代號	10	X	衛生福利部編定之代碼
*	t3	費用年月	5	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。
*	t4	申報方式	1	X	2:媒體 3:連線
*	t5	申報類別	1	X	1:送核 2:補報
*	t6	申報日期	7	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。
*	t7	一般案件申請件數	6	9	一、資料格式30(特約藥局)：為案件分類1、3、5、D、E之申請件數加總。 二、資料格式60[特約醫事檢驗(放射)所]：為案件分類1、2之申請件數加總。 三、資料格式40【特約物理(職能)治療所】：為案件分類1、2、3、4之申請件數加總。 四、若加總為0，則填0。
*	t8	一般案件申請點數	10	9	一、資料格式30：為案件分類1、3、5、D、E之申請點數加總。 二、資料格式60：為案件分類1、2之申請點數加總。 三、資料格式40：為案件分類1、2、3、4之申請點數加總。 四、若加總為0，則填0。
*	t11	申請件數總計	8	9	一、欄位IDt7、t9之件數加總。 二、若加總為0，則填0。
*	t12	申請點數總計	10	9	一、欄位IDt8、t10之申請點數加總。 二、若加總為0，則填0。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	t13	此次連線申報起日期	7	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。
△	t14	此次連線申報迄日期	7	X	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。
△	t9	慢性病連續處方調劑案件申請件數	6	9	一、資料格式30：為案件分類2之申請件數加總。 二、資料格式40及資料格式60：本欄免填。
△	t10	慢性病連續處方調劑案件申請點數	10	9	一、資料格式30：為案件分類2之申請點數加總。 二、資料格式60及資料格式40：本欄免填。

(二)點數清單段

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d21	原處方服務機構代號	10	X	<p>一、衛生福利部編定之代碼。</p> <p>二、資料格式 30(藥局)：藥事居家照護（案件分類 D）或協助辦理門診戒菸計畫(案件分類 5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄請填“N”。</p> <p>三、資料格式 60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2:成人預防保健第一階段」:本欄請填“N”。</p>
*	d1	案件分類	1	X	<p>一、資料格式30(藥局)之案件分類代碼：</p> <p>1:一般處方調劑 2:慢性病連續處方調劑 3:日劑藥費 5:協助辦理門診戒菸計畫 D:藥事居家照護 E:藥事居家照護-居家醫療照護整合計畫(108.6增訂)</p> <p>二、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類代碼：</p> <p>1:一般處方檢驗（查） 2:成人預防保健第一階段</p> <p>三、資料格式40[物理(職能)治療所]之案件分類代碼：</p> <p>1:中度治療—中度（含）以下之治療 2:中度治療—複雜 3:複雜 4:其他（97.06.16新增；職能治療所適用）</p>
*	d2	流水編號	6	9	<p>一、請依案件分類之類別分別連續編號。</p> <p>二、最小值為1。</p>
△	d22	原處方服務機構之案	2	X	<p>一、請依原處方所列之案件分類並參閱註3填寫。</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
		件分類			<p>二、資料格式30(藥局)：</p> <p>(一)慢性病連續處方調劑者(案件分類2)，本欄請依原處方所列之案件分類填報。</p> <p>(二)藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥、提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。</p> <p>三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2:成人預防保健第一階段」:本欄免填。</p>
*	d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	7	X	<p>一、請參閱註6填報。</p> <p>二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。</p> <p>三、資料格式30(藥局)：本欄請填實際調劑之日期，藥事居家照護(案件分類D)者，本欄位請填寫訪視日期。</p> <p>四、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：參閱註6、7、8填報。</p> <p>五、資料格式40[物理(職能)治療所]：參閱註13及15填報。</p>
*	d6	出生年月日	7	X	<p>第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。</p>
*	d3	身分證統一編號	10	X	國民身分證統一編號,或外籍居留證號碼。
*	d7	就醫序號	4	X	<p>一、請依原處方所列之就醫序號填報。</p> <p>二、資料格式30(藥局)：</p> <p>(一)慢性病連續處方第二次以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填IC02或IC03或IC04。</p> <p>(二)藥事居家照護(案件分類D)者，本欄請填“N”。</p> <p>三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：</p> <p>案件分類「2：成人預防保健第一階段」：依預防保健服務時程代碼填寫(如：IC21:40歲以上未滿65歲者；IC22:65歲以上者；IC23:罹患小兒麻痺且年在35歲以上者；IC24：身分別為原住民且55歲以上未滿65歲者)</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d15	部分負擔代碼	3	X	<p>一、006，001~009(除006)，801，802，901，902，903，904者依序優先填寫，其餘下列規定部分負擔代碼填寫。</p> <p>二、資料格式30(藥局)部分負擔代碼：  I20:須加收藥費部分負擔者。  I21:藥費一百元以下免加收藥費部分負擔者  I22:符合本保險藥費免部分負擔範圍規定者，包括慢性病連續處方箋案件、牙醫案件、門診論病例計酬案件。  Z00:戒菸服務補助計畫須加收部分負擔者。  <u>K00:居家照護(108.6增訂)</u>  藥事居家照護（案件分類D）者，本欄請填“009”。</p> <p>三、資料格式40[物理(職能)治療所]部分負擔代碼：  P20:2-6次物理治療須加收50元部分負擔者。  P21:免收物理治療部分負擔者。  P22:第一次免收物理治療部分負擔。  <u>K00:居家照護，應自行負擔百分之五。(108.9增訂)</u></p>
*	d25	醫事人員代號	10	X	<p>一、請填國民身分證統一編號,或外籍居留證號碼。</p> <p>二、資料格式30(藥局)：藥事居家照護（案件分類D）者，本欄請填輔導藥師之身分證統一編號。</p> <p>三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：保險醫事服務類別（欄位IDd39）屬1,2者，請以執行醫事服務人員代號填寫，如3,4者，如有檢驗與放射檢驗檢查項目同時執行，請擇一人代號填寫。</p>
*	d16	申請點數	8	9	<p>一、本欄為欄位IDd18減欄位IDd17之點數。</p> <p>二、若資料為0，則填0。</p>
*	d17	部分負擔點數	4	9	若資料為0，則填0。
*	d18	合計點數	8	9	<p>一、資料格式30：本欄為欄位IDd31、d32、d33、d38之點數加總。</p> <p>二、資料格式60:本欄欄位IDd31、d32、d33之點數加總。</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					三、資料格式40:本欄欄位IDd31、d32之點數加總。 四、若資料為0，則填0
△	d19	行政協助項目部分負擔點數	6	9	一、欄位IDd15(部分負擔代碼)欄位為 003、004、005、006、901、902、903、904、906、907者，本欄請填寫應收部分負擔點數，如無本欄免填。 二、案件分類為5(協助辦理門診戒菸計畫)且免部分負擔代碼為007者，填應收部分負擔點數。
△	d26	原處方服務機構之特定治療項目代號(一)	2	X	一、請依原處方所列特定治療項目代號並參閱註20填報。 二、資料格式30(藥局):藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]案件分類(欄位IDd1)為2(成人預防保健第一階段)案件，本欄免填。
△	d27	原處方服務機構之特定治療項目代號(二)	2	X	同上
△	d28	原處方服務機構之特定治療項目代號(三)	2	X	同上
△	d29	原處方服務機構之特定治療項目代號(四)	2	X	同上
△	d13	就醫科別	2	X	一、請依原處方所列就醫科別並參閱註19填報 二、資料格式30(藥局): (一)慢性病連續處方調劑者(案件分類2)，請依原處方所列就醫科別填報。 (二)藥事居家照護(案件分類D)、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2:成人預防保健第一階段」:本欄免填。 四、不足位者前補0，如家醫科，為01。
△	d14	就醫(處方)日期	7	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>二、資料格式 30(藥局)：</p> <p>(一)藥事居家照護(案件分類 D)者，本欄免填，</p> <p>(二)協助辦理門診戒菸計畫(案件分類 5)且直接交付指示用藥案件，本欄請填藥局直接交付指示用藥之日期。(三)協助辦理門診戒菸計畫(案件分類 5)且為藥局提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」案件，本欄請填提供前開服務之日期。</p> <p>(四)餘請填保險對象實際就醫之日期。</p> <p>三、資料格式 60[醫事檢驗(放射)所]：案件分類「1：一般處方檢查(驗)」：本欄填實際就醫之日期。案件分類「2：成人預防保健第一階段」：本欄免填。</p> <p>四、資料格式 40「物理(職能)治療所」：本欄請填實際就醫之日期。</p>
△	d5	給付類別	1	X	<p>一、請依原處方所列給付類別代碼，如下列填報：</p> <p>1:職業傷害 2:職業病 3:普通傷害 4:普通疾病 8:天然災害(88.9 增訂) 9:呼吸照護(89.7 增訂) A:天然災害-巡迴(98.8 增訂，目前暫停使用) B:天然災害-非巡迴(98.8 增訂，目前暫停使用) Y:八仙樂園粉塵爆燃事件(104.06.27 增訂) Z:高雄市氣爆事件(103.07.31 增訂)</p> <p>二、資料格式 30(藥局)：慢性病連續處方調劑(案件分類 2)及藥事居家照護(案件分類 D)，本欄免填。</p> <p>三、資料格式 60[醫事檢驗(放射)所]：案件分類 2(成人預防保健第一階段)：本欄免填。</p>
△	d8	國際疾病分類碼(一)	9	X	<p>一、請依服務機構交付之全民健康保險交付調劑處方箋之國際疾病分類碼欄位之診斷碼填寫。</p> <p>二、資料格式 30(藥局)：藥事居家照護(案件分類 D)者，本欄免填。</p> <p>三、資料格式 60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類 2(成人預防保健第一階段)：本欄免填。</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d9	國際疾病分類碼(二)	9	X	同上
△	d10	國際疾病分類碼(三)	9	X	同上
△	d11	國際疾病分類碼(四)	9	X	同上
△	d12	國際疾病分類碼(五)	9	X	同上
△	d4	補報原因註記	1	X	一、補報原因註記代碼： 1:補報整筆案件 2:補報部分醫令或醫令差額。 二、申報類別（欄位IDt5）為補報者，本欄為必填欄位，送核案件免填。
△	d30	給藥日份	2	9	一、給藥日份之最高之天數。 二、資料格式30(藥局)為必填欄位，藥事居家照護（案件分類D）、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且為藥局提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄請填0。。
△	d31	特殊材料明細點數小計	7	9	醫令清單段醫令類別（欄位IDp1）3（特殊材料）之點數加總。
△	d32	診療明細點數小計	8	9	一、資料格式30及60：醫令清單段醫令類別（欄位IDp1）2（診療明細）之點數加總。 二、資料格式40：醫令清單段醫令類別（欄位IDp1）1（診療明細）之點數加總。
△	d33	用藥明細點數小計	8	9	醫令清單段醫令類別（欄位IDp1）1（用藥明細）之點數加總。
△	d24	診治醫師代號	10	X	一、醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼或得以原處方服務機構代號替代。 二、資料格式30(藥局)之藥事居家照護（案件分類D）、協助辦理門診戒菸計畫(案件分類5)且直接交付指示用藥或提供「戒菸個案追蹤」或「戒菸衛教暨個案管理」者，本欄免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]之案件分類「2：成人預防保健第一階段」，本欄免填。
△	d34	檢驗(查)/物理(職能)治療迄日	7	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 二、資料格式30(藥局)則免填。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：非屬排程檢查案件，本欄免填。 四、資料格式40[物理(職能)治療所]：物理（職能）治療迄日。



符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d20	姓名	20	X	十個中文字 (BIG-5碼)，國民身分證上之姓名,冠夫姓者亦一併將夫姓填齊，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。
△	d35	連續處方箋調劑序號	1	X	一、慢性病連續處方箋上調劑紀錄欄之序號。 二、資料格式30(藥局)：慢性病連續處方調劑者（藥局之案件分類2），為必填欄位。餘案件分類調劑者，則免填。 三、資料格式40[物理(職能)治療所]及資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄免填。
△	d36	連續處方可調劑次數	1	X	一、慢性病連續處方箋上所列之可調劑次數。 二、資料格式30(藥局)：慢性病連續處方調劑者（藥局之案件分類2），本欄為必填欄位。餘案件分類者，則免填。 三、資料格式40[物理(職能)治療所]及資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄免填。
△	d37	藥事服務費項目代號	12	X	填寫全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編碼，參閱註18填報。
△	d38	藥事服務費點數	8	9	一、藥事服務費點數，參閱註18填報。 二、醫令清單段醫令類別（欄位IDp1）代碼9（藥事服務）之點數加總。
△	d39	保險醫事服務類別	1	X	資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄為必填欄位，代碼如下： 1:醫事檢驗所 2:醫事放射所 3:醫事檢驗所附設放射部門 4:醫事放射所附設檢驗部門
△	d40	案件來源註記	1	X	一、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]：本欄為必要欄位。 二、案件來源註記代碼： 1:自行檢驗（查）      2:處方交付 3:轉檢                      4:代檢 <u>A:腦中風</u> <u>B:燒燙傷</u> <u>C:創傷性神經損傷</u> <u>D:脆弱性骨折</u> <u>F:衰弱高齡</u> 三、本欄請參閱註11、註22填寫。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d43	原處方就醫序號	4	X	資料格式30(藥局)：慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者案件，本欄為必填欄位。
△	d41	預防保健第二階段服務機構代號	10	X	一、衛生福利部編定之代碼。 二、請填寫提供保險對象第二階段成人預防保健醫療服務之服務機構代號。 三、資料格式60[醫事檢驗(放射)所]： 案件分類「2：成人預防保健第一階段」：本欄為必填欄位。案件分類「1：一般處方檢查(驗)」：本欄免填。
△	d42	當次處方可治療次數	1	9	處方上所列之治療次數 資料格式40：本欄為必填欄位。
△	d44	依附就醫新生兒出生日期	7	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 二、部分負擔代號903(健保IC卡新生兒依附註記方式就醫者)，本欄為必填欄位，且就醫日期-本欄之日期應≤60日。
△	d45	矯正機關代號	10	X	請依「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」規定填報。
△	d46	特定地區醫療服務	2	X	代碼說明： 01:位於醫缺條件(減免部分負擔)之醫事機構。 02:前往醫缺條件(減免部分負擔)服務之醫事機構

(三)醫令清單段

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	p1	醫令類別	1	X	一、藥局(資料格式30)或醫事檢驗(放射)所(資料格式60)醫令類別代碼： 1:用藥明細 2:診療明細 3:特殊材料

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 9:藥事服務 D:被替代之健保給付特材項目 E:自費特材項目-未支付 F:自費特材項目-不符給付規定 G:專案支付參考數值(104.11.1增訂) 二、物理(職能)治療所(資料格式40)醫令類別： 1:診療明細
*	p2	藥品(項目)代號	12	X	一、請填寫全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼或醫療服務給付項目支付標準編碼或特殊材料代碼。 二、同一療程案件，應按醫令代號逐一治療日填報。 三、虛擬醫令代碼：保險對象就醫有下述者應請填報， <u>R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件，提前回診，且經院所查詢健保雲端藥歷系統，確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。</u> <u>R002：因醫師請假因素，提前回診，醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查。</u> <u>R003：經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。</u> <u>R004：其他非屬 R001~R003 之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品或其他等病人因素，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。</u> <u>R005：民眾健保卡加密或其他健保卡問題致無法查詢健保雲端資訊，並於病歷中記載原因備查(醫審 10710)</u> <u>R006：醫院轉出(或回轉)病人至診所第 1 次就醫且符合轉診申報規定，經查詢雲藥系統有餘藥，已向病人衛教並於病歷中記載原因備查後處方。</u> <u>(1071205(1070015438))</u> <u>R007：配合衛福部食品藥物管理署公告藥品回收，重新開立處方給病人，並於病歷中記載原因備查。</u>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>R008：醫師查詢雲端或 API 系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)10 天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。</u>
*	p7	總量	7	9	一、小數點需填載，五位整數，一位小數，小數點需表示，如99999.9表示。 二、 <u>醫令代碼R001~R008</u> ，本欄位請填0。
*	p8	單價	10	9	一、小數點需填載，七位整數，二位小數，如9999999.99。 二、 <u>醫令代碼 R001~R008</u> ，本欄位請填 0。
*	p9	點數	8	9	一、八位整數，小數點後四捨五入，總量乘單價，並加成計算至整數（點）為止。 二、藥局（資料格式30）：本欄位之計算檢核邏輯如下： （一）醫令類別1（用藥明細）：以單價*總量。 （二）醫令類別2（診療明細）、醫令類別3（特殊材料）及醫令類別9（藥事服務）：以單價*總量*支付成數。 （三）醫令類別4（不得另計價之藥品、檢驗（查）、診療項目或材料）： 1.醫令類別4且醫令代碼長度10碼者，以單價*總量。 2.醫令類別4且醫令代碼不為10碼者，以單價*總量*支付成數。 三、 <u>醫令代碼 R001~R008</u> ，本欄位請填 0。
△	p3	藥品用量	7	9	一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。 二、欄位IDp1(醫令類別)為1或4且醫令代碼為藥價基準代碼之案件，本欄為必填欄位。 三、小數點要填載，整數4位，小數2位，如9999.99
△	p4	(藥品)使用頻率	18	X	一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。 二、欄位IDp1(醫令類別)為1或4且醫令代碼為藥價基準代碼之案件，本欄為必填欄位。
△	p5	給藥途徑/作用部位	4	X	一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。 二、欄位 IDp1(醫令類別)為 1 或 4 且醫令代碼為全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼之案件，本欄為必填欄位。
△	p6	支付成數	3	x	一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定申報，取至小數點下二位，第三位四捨五入（如加二成表示為120，無加成為100，打八折為080）。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					二、醫令類別2（診療明細）、3（特殊材料）、4（不得另計價之藥品、檢驗（查）、診療項目或材料）及9（藥事服務），本欄為必填欄位。
*	p10	醫令序	3	9	一、依同一案件申報之醫令順序編號。 二、最小值為1，請從1開始由小到大逐一依序編號。
△	p11	藥品給藥日份	2	9	藥局、醫事檢驗(放射)所： 一、欄位 IDp1「醫令類別」為「1：用藥明細」或「4：不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」，且欄位 IDp2「藥品(項目)代號」填寫全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼(10碼)者，本欄為必填欄位。 二、欄位 IDp1「醫令類別」非1(用藥明細)或4[不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料]，且欄位 ID p2「藥品(項目)代號」非全民健康保險藥物給付項目及支付標準編碼時]則免填。
△	p12	執行時間-起	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。第8、9碼為小時，採用24小時制，不足位者前補0。例如早上5時，為05，下午3時為15。第10、11碼為分鐘，不足位者前補0。例如6分鐘，為06。 二、若醫令為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」手術費（第二部第二章第七節、第三部第三章第四節第二項）、麻醉費（第二部第二章第十節）之項目，須填寫至時分；若醫令為放射線診療費、復健治療（第二部第二章第四節第二項~第四項）、47029C、57003C、57019C、57027B、居家照護、高壓氧治療（第二部第二章第六節第三項）、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之給付項目及支付標準等項目、「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療等項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。 三、排程檢查案件：如為排程當日，本欄請填寫預定檢查日期至年月日，時分可補0。如為

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>排程項目之執行日，請依上開第二點填報。</p> <p>四、同一療程案件應按醫令代碼之實際執行日期逐一填報，填治療日期至年月日，時分可補0。</p> <p>五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。</p> <p>六、復健處置醫令下PTS1...、OT1等治療項目，本欄免填。</p> <p>七、其他全民健保支付標準涉及執行日期之診療項目請填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</p>
△	p13	執行時間-迄	11	X	<p>一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。第8、9碼為小時，採用24小時制，不足位者前補0。例如早上5時，為05，下午3時為15。第10、11碼為分鐘，不足位者前補0。例如6分鐘，為06。</p> <p>二、若醫令為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號手術費（第二部第二章第七節、第三部第二章第二項）、麻醉費（第二部第二章第十節）之項目，須填寫至時分；若醫令為放射線診療費、復健治療（第二部第二章第四節第二項~第四項）、47029C、57003C、57019C、57027B、居家照護、高壓氧治療（第二部第二章第六節第三項）、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之給付項目及支付標準等項目、「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。</p> <p>三、排程檢查案件：如為排程當日，本欄請填寫預定檢查日期至年月日，時分可補0。如為排程項目之執行日，請依上開第二點填報。</p> <p>四、同一療程案件應按醫令代碼之實際執行日期逐一填報，填治療日期至年月日，時分可補0。</p> <p>五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。</p> <p>六、復健處置醫令下PTS1...、OT1等治療項目，本欄免填。</p>

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					七、其他全民健保支付標準涉及執行日期之診療項目請填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。
△	p14	執行醫事人員代號	10	X	一、填醫令實際執行醫事人員國民身分證統一編號或外籍居留證號。 二、申報之醫令代碼為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定限專科醫師執行之項目，本欄為必填欄位。
△	p15	自費特材群組序號	3	9	一、同一組醫令類別E（自費特材項目-未支付）與醫令類別D（被替代之健保給付特材項目）需編相同群組序號。 二、序號請從001起編號。 三、醫令類別D、E、F，本欄為必填欄位。
△	p16	藥品批號	20	X	一、欄位IDp2「藥品(項目)代號」藥品ATC7碼為B02BD (Blood coagulation factors，凝血因子類)時，本欄為必填欄位。 二、若同一藥品醫令有兩個以上批號，請依不同批號逐一填報。

備註：

註 1:各項次資料請務必詳實填寫，經檢核有錯誤者，將以退件處理。

註 2:符號欄位「\*」表示該欄為必填欄位。「△」表示該欄位 ID 有醫療服務申報者，為必填欄位，無資料者免填。英文字一律用大寫填寫。

註 3:原處方服務機構(門診申報格式)案件分類代碼：

- 01:西醫一般案件      02:西醫急診
- 03:西醫門診手術      04:西醫慢性病
- 05:洗腎                  06:結核病
- 07:遠距醫療(107.11.8 增訂)
- 08:慢性病連續處方調劑

- 09:西醫其他專案
- 11:牙醫一般案件      12:牙醫急診
- 13:牙醫門診手術
- 14:牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(原名：牙醫師至無牙醫鄉服務獎勵措施)
- 16:牙醫特殊專案醫療服務項目
- 19:牙醫其他專案
- 21:中醫一般案件    22:中醫其他專案
- 23:中醫現代科技加強醫療服務方案(93.7增訂)
- 24:中醫慢性病
- 25:中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案【原名：中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務(92.5增訂)】
- 28:中醫慢性病連續處方調劑(88.9增訂)
- 29:中醫針灸、傷科及脫臼整復
- 30:中醫特定疾病門診加強照護(102.03.01新增)
- 31:中醫居家(108.6增訂)
- A1:居家照護    A2:精神疾病社區復健
- A3:預防保健    A5:安寧居家療護
- A6:護理之家居家照護
- A7:安養、養護機構院民之居家照護(88.1增訂)
- B1:行政協助性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫(97.6增訂)
- B6:職災案件(91.1增訂)
- B7:行政協助門診戒菸(91.9增訂)
- B8:行政協助精神科強制住院(92.6增訂)



B9:行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫(94.2 增訂)

BA:愛滋防治治療替代計畫(99.12 新增)

C1:論病例計酬案件

C4:行政協助無健保結核病患就醫案件 (96.7 增訂)

D1:行政協助愛滋病案件(94.2 起行政協助)

D2:行政協助兒童常規疫苗、流感疫苗及 75 歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗接種 (87.10 增訂,95.1 起行政協助)

D4:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案 (90.7 增訂)

E1:醫療給付改善方案及試辦計畫(90.10 增訂)

E2:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件(106.2.4 增訂)

E3:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件之慢性病連續處方再調劑(106.2.4)

DF:代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑(104.9.17 新增)

註 4：補報案件增訂下列申報方式：

(1)欄位 IDd4 應填報「補報原因註記」。

(2)補報醫令差額案件，請依下列原則辦理：

A.如為藥事服務費差額，請填報於點數清單段「藥事服務費點數」欄。

B.如為藥品、特材請填報醫令清單段，依差額之項目(如藥品用量、總量、單價等)核算填報正確之點數，並彙整填報至點數清單段「用藥明細點數小計」或「特殊材料明細點數小計」欄位。

C.如為診療項目請報醫療服務醫令清單段「診療明細點數小計」欄位。

註 5：免部分負擔代碼規定：

• 代碼 001:重大傷病

• 代碼 002:分娩

• 代碼 003:合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類之保險對象)(協助衛生福利部辦理項目)

- 代碼 004:榮民、榮民遺眷之家戶代表(第六類第一目之保險對象)(協助國軍退除役官兵輔導委員會辦理項目)
- 代碼 005:經登記列管結核病患至衛生福利部疾病管制署公告指定之醫療院所就醫者(協助疾病管制署辦理項目)
- 代碼 006:勞工保險被保險人因職業傷害或職業病門診者(協助勞工保險局辦理項目)
- 代碼 007:山地離島地區之就醫 (88.7 增訂)、山地原住民暨離島地區接受醫療院所戒菸治療服務免除戒菸藥品部分負擔
- 代碼 008:經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者 (僅當次轉診適用)
- 代碼 009:本署其他規定免部分負擔者，如產檢時，同一主治醫師併同開給一般處方，百歲人瑞免部分負擔，921 震災，行政協助性病或藥癮病患全面篩檢愛滋計畫、行政協助孕婦全面篩檢愛滋計畫、八仙樂園粉塵暴燃事件 (104.06.27~104.09.30)、有職災單之非職災醫療費用改健保支付(105.11.01 新增)、西醫就診 92093B 另以門診牙醫申報 (106.11.01 新增)等
- 代碼 801:HMO 巡迴醫療
- 代碼 802:蘭綠計畫
- 代碼 901:多氯聯苯中毒之油症患者(協助國民健康署辦理項目)
- 代碼 902:三歲以下兒童醫療補助計畫(91.03.1 增訂)(協助衛生福利部辦理項目)
- 代碼 903:新生兒依附註記方式就醫者(92.9 增訂)(協助衛生福利部辦理項目)
- 代碼 904:行政協助愛滋病案件(95.3 增訂)、愛滋防治替代治療計畫(協助疾病管制署辦理項目)
- 代碼 905:三氯氰胺污染奶製品案(97.09.23 增訂，限門診適用)
- 代碼 906:內政部役政署補助替代役役男全民健康保險自行負擔醫療費用 (102.01.01 起適用；協助內政部役政署辦理項目)
- 代碼 907:原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者【104.11.01(含)起增訂】
- 代碼 908：代辦海洋委員會海巡署補助部分負擔
- 代碼 909：代辦中央警察大學補助部分負擔
- 代碼 910：代辦內政部消防署補助部分負擔
- 代碼 911：代辦內政部空勤總隊補助部分負擔

• 代碼 912：代辦內政部警政署補助部分負擔

• 代碼 913：代辦國防部補助部分負擔

註 6：點數清單段欄位 IDd14「就醫（處方）日期」欄位，應填寫保險對象實際就醫處方日期，欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）/物理（職能）治療日期」欄位，應填寫實際調劑或檢查（驗）或物理（職能）治療之日期。

註 7：排程檢查，排定後未執行檢查（驗）者，則不須申報。

註 8：排程檢查在當月實施，應於檢查結束後合併申報，說明如下：

(1) 來排檢當日未執行排程檢查項目，醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）物理（職能）治療日期」，應填寫保險對象實際檢查當天日期。欄位 IDd34「檢驗（查）/物理（職能）治療迄日」，應填寫保險對象來排檢當天之日期。

例：某甲 92.03.01 持 A 醫療院所交付之檢查項目處方至 B 特約醫事檢驗機構就檢，因故排於 92.03.15 執行，某甲亦於 92.03.15 來檢，本件醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）/物理（職能）治療日期」，應填寫 92.03.15，欄位 IDd34「檢驗（查）/物理（職能）治療迄日」，應填寫 92.03.01。

(2) 來排檢當日有執行部分檢查項目，醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）/物理（職能）治療日期」，應請依排檢當日併有檢查之日期填寫，欄位 IDd34「檢驗（查）/物理（職能）治療迄日」，應請填寫另行排程檢查項目實際執行檢查之日期。

例：某乙 92.03.16 持 A 醫療院所交付之五項檢查項目處方至 B 特約醫事檢驗機構就檢，因故當日執行三項，二項排至 92.03.21 實行，某乙亦於 92.03.21 來檢，本件醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）/物理（職能）治療日期」，應填寫 92.03.16，欄位 IDd34「檢驗（查）/物理（職能）治療迄日」，應填寫 92.03.21。

註 9：排程檢查跨月實施，得俟排程檢查結束後合併申報或分開列報，說明如下：

(1) 跨月合併申報：

來排檢當日未有執行其他檢查項目者，則醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗（查）/物理(職能)治療日期」請應填寫保險對象實際執行檢查當天日期，欄位 IDd34「檢驗（查）/物理(職能)治療迄日」，應填寫保險對象來排檢當天日期。

例：某甲 92.03.25 持 A 醫療院所交付之檢驗（查）項目處方至 B 特約醫事檢驗所就檢，因故排於 92.04.07 執行，某甲亦於

92.04.07 來檢，本件點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」，應填寫 92.04.07，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫 92.03.25。

(2) 跨月分開申報：

來排檢當日併有執行部分檢查項目，則醫療服務點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」欄位，應請依排檢當日併有檢查之日期填寫，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應請填寫跨月之排檢日期，該檢查項目之檢驗(查)於醫令清單段之明細應呈列，惟不得列報金額。

例：某乙 92.03.26 持 A 醫療院所交付之五項檢驗(查)項目處方至 B 特約醫事驗所就檢，因故當日執行三項，二項排至 92.04.06 實行，本件點數清單段欄位 IDd23「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」欄位，應填寫 92.03.26，欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」，應填寫 92.04.06。又某乙亦於 92.04.06 來檢，其申報方式比照註 8(1)辦理。

註 10：特約院所交付或轉(代)檢之成人預防保健服務第一階段檢驗檢查服務之醫療費用點數，其服務點數清單段欄位 IDd1「案件分類」欄位，應填「1：一般處方檢驗(查)」。依成人預防保健相關規定，保險對象持單逕赴特約醫檢所進行第一階段檢驗檢查服務之案件，醫療服務點數清單段欄位 IDd1「案件分類」欄位，應填「2：成人預防保健服務第一階段」(96.12.12 健保醫字第 0960053170 號函)。

註 11：欄位 IDd40「案件來源註記」欄位之代碼定義說明：

- (1)自行檢驗(查)-例如保險對象逕赴醫事檢驗所之成人預防保健第一階段。
- (2)處方交付-保險對象持交付處方箋受檢。
- (3)轉檢-保險對象持轉檢單受檢。
- (4)代檢-服務機構間之檢體送檢。

註 12：依全民健康保險相關規定，定額下不得另行計價之藥品或診療項目，醫療服務點數清單段欄位 IDp1「醫令類別」請填寫 4「不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。

註 13：點數清單段欄位 IDd34「檢驗(查)/物理(職能)治療迄日」欄位，應填寫該療程治療之迄日。

註 14：同一療程物理或職能治療以 30 日內完成為原則，並以預定完成日之當月底為該療程之最長期限。

註 15：同療程跨月實施，應按月分開申報，如療程之日期 90 年 6 月 28、29、30 及 7 月 1、2、3 日，六月份療程費用申報，治療起日應填寫「0900628」治療結束日期應填寫「0900630」，七月份療程費用申報，治療起日應填寫「0900628」治療結束日期應填寫「0900703」。

註 16：因保險對象就醫需要，當次執行之醫療服務項目僅為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 43010C 至 43025C 及 43033C 至 43038C，案件分類請填寫 4:其他。

註 17：各項物理或職能治療服務應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報，其醫令清單段欄位 IDp1「醫令類別」欄位請填寫「1:診療明細」，總量、單價、點數均應填寫，另於前述支付標準治療（例如簡單治療—簡單）項下，請填寫治療內容代碼（例如 PST1，PST2），欄位 IDp1「醫令類別」欄位請填「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」，總量依實際執行次數填列，單價、點數填 0。

註 18：欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位申報說明：

藥事服務費點數需於「點數清單段」及「醫令清單段」逐筆申報，申報原則如下：

(1)當「醫令清單段」之欄位 IDp1「醫令類別」代碼為 9(藥事服務費)，且為申報單筆時：需同時於「點數清單段」之欄位 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位填入支付標準碼，並填報欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位(填報之數值等於「醫令清單段」欄位 IDp1「醫令類別」為 9(藥事服務費)之欄位 IDp9「點數」欄位加總)。

(2)當「醫令清單段」之欄位 IDp1「醫令類別」代碼為 9(藥事服務費)，且為申報多筆時：「醫療服務點數清單段」之欄位 IDd37「藥事服務費項目代號」欄位請填免填，欄位 IDd38「藥事服務費點數」欄位分別為「醫令清單段」欄位 IDp1「醫令類別」代碼 9(藥事服務費)之欄位 IDp9「點數」欄位加總。

註 19：就醫科別代碼:

00:不分科 (96 年 1 月費用年月取消)	01:家醫科	02:內科	03:外科	04:小兒科
05:婦產科	06:骨科	07:神經外科	08:泌尿科	09:耳鼻喉科
10:眼科	11:皮膚科	12:神經科	13:精神科	14:復健科
15:整型外科	22:急診醫學科	23:職業醫學科	40:牙科	60:中醫科

		(96年7月費用年月新增)		
81:麻醉科	82:放射線科	83:病理科	84:核醫科	2A:結核科
2B:洗腎科				

就醫科別次分類：

AA:消化內科	AB:心臟血管內科	AC:胸腔內科	AD:腎臟內科
AE:風濕免疫科	AF:血液腫瘤科	AG:內分泌科	AH:感染科
AI:潛醫科	BA:直腸外科	BB:心臟血管外科	BC:胸腔外科
BD:消化外科	CA:小兒外科	CB:新生兒科	DA:疼痛科
EA:居家護理	FA:放射診斷科	FB:放射腫瘤科學科	GA:口腔顎面外科
AJ:胸腔暨重症加護	HA:脊椎骨科	AK:老人醫學科(費用 年月 104.05.01 起新增)	

註 20：特定治療項目代號填表說明：

(1)各項代碼如下：

A.特殊檢查：

A1:超音波檢查      A2:耳鼻喉科檢查      A3:內視鏡檢查      A4:病理組織檢查  
A5:核子醫學檢查      A6:X光檢查      A7:特殊造影檢查      A8:神經科檢查

B.特殊治療或處置：

D1:癌症放射線治療      D2:癌症化學治療  
D3:復健治療(物理治療簡單、中度治療除外)  
D4:精神科治療      D5:高壓氧治療      D6:眼科鐳射治療      D7:血友病治療

D8:血液透析治療      D9:腹膜透析      D0:物理治療簡單、中度治療 (88.8 增訂)

C.牙醫：

P1:根管治療      P2:銀粉充填

P3:複合樹脂 (玻璃璃子) 充填

P4:牙周病手術(含齒齦下刮除術)

P5:兒童斷髓處理

P6:高壓氧治療

P7:口腔外科門診手術(包括拔牙)

P8:治療性牙結石清除

F2:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業計畫

F3:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務-巡迴醫療團(原名：牙醫師無牙醫鄉巡迴醫療服務)

F4:先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務

FC:院所內治療重度以上精神疾病者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FD:院所內治療中度精神疾病者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FE:醫療團支援重度以上精神疾病者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FF:醫療團支援中度精神疾病者牙醫醫療服務(98.1 增訂)

FG:院所服務極重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FH:院所服務重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FI:院所服務中度非精神疾病者牙醫醫療服務

FJ:院所服務輕度非精神疾病者牙醫醫療服務

FK:醫療團服務極重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FL:醫療團服務重度非精神疾病者牙醫醫療服務

FM:醫療團服務中度非精神疾病者牙醫醫療服務  
FN:醫療團服務輕度非精神疾病者牙醫醫療服務  
FS:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-到宅醫療服務-極重度  
FT:牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫-社區醫療站(101.1增訂)  
FU:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-特定需求者服務-極重度(102.01.01 新增)  
FV:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之發展遲緩兒童-院所內服務(103.01.01 新增)  
FX:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之發展遲緩兒童-醫療團服務(103.01.01 新增)  
FY:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-到宅醫療服務-重度(103.01.01 新增)  
FZ:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-特殊需求者服務-重度(103.01.01 新增)  
L1:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-醫療團服務-失能老人(104.01.01 新增)  
L2:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-到宅醫療服務-失能老人(104.01.01 新增)  
L4:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-到宅醫療服務-中度(106.01.01 新增)  
L5:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-極重度(107.01.01 新增)  
L6:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-重度(107.01.01 新增)  
L7:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-中度(107.01.01 新增)  
L8:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務非精神疾病者-輕度(107.01.01 新增)  
L9:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務精神疾病者-重度以上(107.01.01 新增)  
LA:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務精神疾病者-中度(107.01.01 新增)  
LB:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-社區醫療站服務發展遲緩兒童(107.01.01 新增)  
LC:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-居家牙醫醫療服務-居整病人(108.06.01 新增)  
LD:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-居家牙醫醫療服務-出院準備(108.06.01 新增)  
LE:全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-居家牙醫醫療服務-發展遲緩兒童(109.01.01 新增)



☆本項(一)欄位代號為 F2 者，案件分類為 14、15(106.01.01 新增)、19(108.03 新增) 1080415(1080033114)；代號為 F3 者，案件分類為 14；代號為 FT 者，案件分類為 14、15(107.01.01 新增)、19(108.03 新增)。本項(二)欄位代號為 F2、FT 者，案件分類為 16(107.01.01 新增)。

☆代號為 F4、FC、FD、FE、FF 者，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所服務：FG、FH、FI、FJ，醫療團服務：FK、FL、FM、FN(99.1 增訂)、FS、FU(102.01 新增)、FV、FX、FY、FZ (103.01.01 新增)、L1、L2 (104.01.01 新增)、L4(106.01.01 新增)，案件分類為 16。

D.中醫特殊治療或處置：

C1:中風後遺症 C2:慢性鼻炎 C3:針灸

C4:傷科治療

C5:脫臼整復 C6:中醫醫療資源不足地區巡迴醫療計畫(原名無中醫鄉巡迴醫療)

C7:中醫醫療資源不足地區獎勵開業計畫

C8:腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療 (105.02.01 文字修訂)

CC:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。

CD:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，返回離島地區，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。

CE:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。

CF:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。

CG:中醫-持慢性病連續處方箋領藥，罕見疾病病人，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件 (101.11 新增)。

J1:中醫-行動不便者，經醫師認定或經受託人提供切結文件，慢性病代領藥案件(96.7 增訂；101.11 文字修訂)

J2:中醫-已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件(96.7 增訂；101.11 文字修訂)

J3:中醫-已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件(97.10 增訂；101.11 文字修訂)

J4:中醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件（101.11 新增）。

J7:腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療(98.01 增訂)。

J9:全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫（105.02.01 增修文字）

JC:顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療(105.02.01 新增)

JD:脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療(105.02.01 新增)

JE:乳癌患者中醫門診加強照護醫療(105.02.01 新增)

JF:肝癌患者中醫門診加強照護醫療(105.02.01 新增)

JG:兒童過敏性鼻炎照護計畫（105.09.01 新增）

JH:癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫(106.05.01 新增)JI:肺癌患者中醫門診加強照護醫療(107.01.01 新增)

JJ:大腸癌患者中醫門診加強照護醫療(107.01.01 新增)

JK:中醫急症處置計畫(107.05.01 新增)

JL:中醫-受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本(107.04.27 新增)

JM:中醫-經醫師認定之失智症病人(107.04.27 新增)

JN:中醫-經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(107.04.27 新增)

JP:全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109.04.01 新增)

E.其他：

E1:腸病毒（87 年增訂）

E2:支援長期照護機構提供一般門診案件(99.1 修訂)

EB:全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

E4:全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案（89.5.17 北區分局試辦，90.11 全面試辦）

E5:週產期論人支付制度試辦計畫

E6:全民健康保險氣喘醫療給付改善方案（90.11 增訂）

- E8:全民健康保險高血壓醫療給付改善方案(95.1 增訂)
- EA:支援長期照護機構提供復健治療案件(99.1 增訂)
- EB:全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (100.1 增訂)
- EC:全民健康保險居家醫療照護整合計畫(104.04.23 增訂)
- ED:早期療育門診醫療給付改善方案(104.10.1 增訂)
- EE: COVID-19(武漢肺炎)疫情期間居家隔離或檢疫者之通訊診療(109.2.27 增訂)
- EF: COVID-19(武漢肺炎)疫情期間居家隔離或檢疫者之居家醫療(109.3.31 增訂)
- N(新個案)、C(完成個案)、R(復發個案):全民健康保險乳癌醫療給付改善方案(90.11 增訂)
- G3:全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案(108.8.23 增訂)
- G4:衛生福利部緊急醫療資源缺乏地區改善計畫(95.4 增訂)
- G5:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療(93.1 增訂)
- G6:西醫基層醫療資源不足地區改善方案-新開業
- G8:家庭醫師整合性照護(92.3.10 增訂)
- G9:全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(92.7 增訂)
- GA:偏鄉地區復健治療支援(108.06 增訂)\*1080531 健保醫字第 1080007060 號函
- GB:西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療到宅服務(109.01 增訂)
- H1:全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫(93.1 增訂)
- H2:西醫-行動不便者,經醫師認定或經受託人提供切結文件,慢性病代領藥案件(96.7 增訂;101.11 文字修訂)
- H3:西醫-已出海為遠洋漁船作業船員,提供切結文件,慢性病代領藥案件(96.7 增訂;101.11 文字修訂)
- H4:自費健檢發現病兆加作處置或檢查(97.1 增訂)
- H6:西醫-已出海為國際航線船舶作業船員,提供切結文件,慢性病代領藥案件(97.10 增訂;101.11 文字修訂)
- H7:全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案(99.1 增訂)

H8:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11 文字修訂)。

H9:西醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件(101.11 新增)。

HA:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，返回離島地區，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11 新增)。

HB:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11 新增)。

HC:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11 新增)。

HD:西醫-持慢性病連續處方箋領藥，罕見疾病病人，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件(101.11 新增)。

HE:C型肝炎全口服治療(106.1.24 新增)

HF:慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(106.04.01 新增)

HG:西醫-受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本(107.04.27 新增)

HH:西醫-經醫師認定之失智症病人(107.04.27 新增)

HI:西醫-經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(107.04.27 新增)

JA:收容對象醫療服務計畫-矯正機關內門診(102.1 起適用)

JB:收容對象醫療服務計畫-戒護門診(102.1 起適用)

K1:全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫(108.1.2 修訂)

K2:成人預防保健社區巡迴服務(國健署新增)

☆代號為 E4、E5、E6、E8、N、C、R、H1、H5、H7、HE、HF 者，案件分類為 E1。

☆代號為 G5、G6 者，案件分類為 D4 或 E1。

☆代號為 G4、G8、G9 者，依所屬之案件分類填載。

(2) 全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序：

A. 分別屬某一試辦計畫之特定治療項目代號(如下表之序號 1~4)應優先填列於欄位(一)，若同時符合二項疾病之試辦計畫，請

分開二筆申報，其醫院代號、身分證號、就醫日期及就醫序號相同，支付內容依支付標準及各計畫之支付規定申報。

B.如同時屬二種(含)以上之試辦計畫，填列之順序如下：

- a.屬疾病種類之試辦計畫其特定治療項目代號優先填於欄位(一)，其他試辦計畫依序填列，如下表之序號 6、7、8。(序號 6 之情形「案件分類」請填 E1)
- b.屬西醫基層資源不足獎勵計畫且無疾病種類之試辦計畫，其特定治療項目代號 G5~G6 填於欄位(一)，其他試辦計畫依序填列，如下表之序號 5。
- c.若有全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫者，請一律分開申報。
- d.特定治療項目代號欄位(一)~(四)應依序填報。

序號	計畫情形	特定治療項目代號			案件分類
		欄位(一)	欄位(二)	欄位(三)	
1	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	G9			依所屬案件分類
2	家醫整合計畫(含做預防保健、開慢箋)	G8			
3	醫療給付改善方案及試辦計畫	E4、E5、E6、E8、EB、EC、ED、H1、H7、HF、N、C、R			E1
4	西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案	G5、G6			D4
5	西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案+家醫整合計畫	G5、G6	G8		D4
6	西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案+醫療給付改善方案	E4~E8、EC、ED、HF、N、C、R	G5、G6		E1
7	醫療給付改善方案+全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	E4~E8、EC、ED、HF、N、C、R	G9		E1
8	醫療給付改善方案+家醫整合計畫	E4~E8、EC、ED、HF、N、C、R	G8		E1
9	中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	C6、C7			25
10	牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	F2、FT			14、15、19
		F2	F3		14
		F3			14
			F2、FT		16

註 21：全民健康保險藥品使用標準碼(修訂日期：106.03.22)

**編碼之原則：**

- 1.藥品用量：以全民健康保險藥品之核價單位【每錠、每支、每瓶、每包或每公克(毫克)、每毫升】為用量單位。填藥品一次之劑量。

2.藥品使用頻率：依一般使用頻率分為以下 4 部分(格式文字部分皆為英文大寫，請左靠不足補空白)

(1)非每日常規使用頻率

QW(x,y,z...):每星期 x，y，z...使用(x、y、z=1,2,3...)

<sub>y</sub>W<sub>z</sub>D:每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

MCD<sub>x</sub>D<sub>y</sub>:月經第 x 天至第 y 天使用(x、y=1,2,3...)

QOD:隔日使用 1 次

QxD:每 x 日 1 次(x=2,3,4,...)

QxW:每 x 星期 1 次(x=1,2,3,4,...)

QxM:每 x 月 1 次(x=1,2,3,4,...)

QW:每星期 1 次

BIW:每星期 2 次

TIW:每星期 3 次

STAT:立刻使用

ASORDER:依照醫師指示使用

(2)每日常規使用頻率

QxH:每 x 小時使用 1 次(x=1,2,3,4,...)

QxMN:每 x 分鐘使用 1 次(x=1,2,3,4,...)

QD:每日 1 次

QDAM:每日 1 次上午使用

QDPM:每日 1 次下午使用

QDHS:每日 1 次睡前使用

QN:每晚使用 1 次

BID:每日 2 次

QAM&HS:上午使用 1 次且睡前 1 次

QPM&HS:下午使用 1 次且睡前 1 次

QAM&PM:每日上下午各使用 1 次

TID:每日三次

BID&HS:每日 2 次且睡前 1 次

QID:每日 4 次

HS:睡前 1 次

TID&HS:每日 3 次且睡前 1 次

(3)服用時間

AC:飯前

ACxH:飯前 x 小時使用(x =1,2,3,4,...)

ACxM:飯前 x 分鐘使用(x =1,2,3,4,...)

PC:飯後

PCxH:飯後 x 小時使用(x =1,2,3,4,...)

PCxM:飯後 x 分鐘使用(x =1,2,3,4,...)

(4)PRN 需要時使用

PRN:需要時使用

QxHPRN:需要時每 x 小時使用 1 次(x =1,2,3,4,...)

3.給藥途徑/作用部位：

AD:右耳

AS:左耳



AU:每耳  
ET:氣切內  
GAR:漱口用  
HD:皮下灌注  
ID:皮內注射  
IA:動脈注射  
IE:脊髓硬膜內注射  
IM:肌肉注射  
IV:靜脈注射  
IP:腹腔注射  
IPLE:胸膜內注射(106.04 新增)  
ICV:腦室注射  
IMP:植入  
INHL:吸入  
IS:滑膜內注射  
IT:椎骨內注射  
IVA:靜脈添加  
IVD:靜脈點滴滴入  
IVI:玻璃體內注射  
IVP:靜脈注入  
LA:局部麻醉  
LI:局部注射

NA:鼻用

OD:右眼

ORO:口咽直接用藥(如噴劑、塗抹)(106.04 新增)

OS:左眼

OU:每眼

PO:口服

SC:皮下注射

SCI:結膜下注射

SKIN:皮膚用

SL:舌下

SPI:脊髓

RECT:肛門用

TOPI:局部塗擦

TPN:全靜脈營養劑

VAG:陰道用

IRRI:沖洗

EXT:外用

XX:其他

註 22：全民健康保險特約醫院、診所及醫事檢驗機構間檢驗(查)申報作業說明表

作業方式	作業說明	開立檢驗(查)處方之機構	接受委託執行檢驗(查)之機構	費用申報	門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式
處方交付 (須用處方箋)	病患持處方至受檢之醫事檢驗機構接受檢驗(查)	醫院、診所	1.醫事檢驗機構	醫事檢驗機構	開立處方醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：1 交付調劑、檢驗(查)或物理治療 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 ----- 執行檢驗醫事檢驗機構： d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號 d40 案件來源註記：2 處方交付 p1 醫令類別:2 診療明細
轉檢 (須用轉檢單)	病患持轉檢單至受檢之醫院、診所、醫事檢驗機構接受檢驗(查)	醫院、診所	1.醫院、診所	原開立處方醫院、診所	開立處方之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢 p3 醫令類別：2 診療明細 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號 ----- 執行檢驗之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：填處方服務機構代號 p2 醫令調劑方式：3 接受其他院所委託轉檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號

作業方式	作業說明	開立檢驗(查)處方之機構	接受委託執行檢驗(查)之機構	費用申報	門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式
			2. 醫院、診所	執行轉檢之醫院、診所 (※限子宮頸抹片、結核病桿菌檢查檢驗(查)及骨髓配對捐贈檢驗(查))	開立處方之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號 ----- 執行檢驗之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：3 接受其他院所委託轉檢 p3 醫令類別：2 診療明細 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號
			3. 醫事檢驗機構	醫事檢驗機構 (※醫學中心、區域醫院及地區醫院案件由處方醫院申報、基層診所案件由醫事檢驗機構申報)	開立處方醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號 ----- 執行檢驗醫事檢驗機構： d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號 d40 案件來源註記：3 轉檢 p1 醫令類別：2 診療明細

作業方式	作業說明	開立檢驗(查)處方之機構	接受委託執行檢驗(查)之機構	費用申報	門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式
代檢 (免用轉檢單)	檢體送檢 (病患未至醫院、診所、醫事檢驗機構)	醫院、診所	1.醫院、診所	原開立處方醫院、診所	開立處方之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號： N p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢 p3 醫令類別：2 診療明細 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號 ----- 執行檢驗之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號： N p2 醫令調劑方式：5 接受其他院所委託代檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號
			2.醫院、診所	執行代檢之醫院、診所 (※限子宮頸抹片、結核病桿菌檢查檢驗(查)及骨髓配對捐贈檢驗(查))	開立處方之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號： N p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號 ----- 執行檢驗之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號： N p2 醫令調劑方式：5 接受其他院所委託代檢 p3 醫令類別：2 診療明細

作業方式	作業說明	開立檢驗(查)處方之機構	接受委託執行檢驗(查)之機構	費用申報	門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式
PAC 居家模式照護處方交付	物理(職能)治療所之醫事人員至個案家中提供照護處方交付服務	醫院			p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號
			3.醫事檢驗機構	<u>醫事檢驗機構</u> <u>(※醫學中心、區域醫院及地區醫院案件由處方醫院申報、基層診所案件由醫事檢驗機構申報)</u>	開立處方之醫院、診所： d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料 p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號 執行檢驗醫事檢驗機構： d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號 d40 案件來源註記：4 代檢 p1 醫令類別：2 診療明細
			物理治療所、職能治療所	物理治療所、職能治療所	開立處方之醫院： d1 案件分類：E1 醫療給付改善方案及試辦計畫 d13 整合式照護計畫註記：1 腦中風、N 燒燙傷、3 創傷性神經損傷、4 脆弱性骨折、6 衰弱高齡。 d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N d28 處方調劑方式：F 未開處方調劑, 物理(或職能)治療交付執行 d30 診治醫事人員代號：開立處方醫師代號 p2 醫令調劑方式：1 交付調劑、檢驗(查)或物理治療 p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料

作業方式	作業說明	開立檢驗(查)處方之機構	接受委託執行檢驗(查)之機構	費用申報	門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式
					<u>執行處方機構：</u> <u>d7 就醫序號：依原處方所列之就醫序號填報</u> <u>d15 部分負擔代碼：K00 居家照護，自行負擔百分之五</u> <u>d17 部分負擔點數：d18 合計點數*5%</u> <u>d21 原處方服務機構代號：請填原處方服務機構代號</u> <u>d22 原處方服務機構之案件分類：(門診)E1 醫療給付改善方案及試辦計畫、(住診)4 或 A4 支付制度試辦計畫</u> <u>d40 案件來源註記：A 腦中風、B 燒燙傷、C 創傷性神經損傷、D 脆弱性骨折、F 衰弱高齡</u> <u>p1 醫令類別:l 診療明細</u> <u>p2 藥品(項目)代號:P5132C</u>

說明：

- 1.凡無法將檢驗、檢查費用做獨立申報之案件，如住院、各類整合性照護試辦計畫(含山地離島醫療服務改善計畫)、論病例計酬、Tw-DRGs、孕婦產前檢查等案件，醫院、診所如係委由其他醫院、診所或醫檢機構代為執行內含之檢驗檢查作業，其費用仍均由原處方醫院、診所併案申報費用(內含之檢驗檢查醫療服務費用，俟由雙方自行拆帳)。
- 2.醫院、診所間之轉檢、代檢案件除子宮頸抹片、結核病桿菌檢查檢驗(查)及骨髓配對捐贈檢驗(查)得由實際執行檢驗之院所申報費用外，其餘均由原開立處方之院所申報費用。
- 3.特約醫療院所接受委託，執行轉檢、代檢作業，均應依本保險醫療費用支付標準、各依其特約類別所適用之表別辦理，不得逾其特約類別。
- 4.原處方開立院所應提供受委託院所保險對象申報所需之相關資料(如醫事服務機構代號、保險對象基本資料、就醫序號、就醫科別、國際疾病分類碼及部分負擔代碼等)。