

「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」

(XML 檔案格式-~~修正~~版)

媒體格式

[102.01.01 起適用](#)

(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	請填"20" 住院醫療服務申報資料格式代碼。
*	t2	服務機構代號	10	X	衛生署編定之代碼。
*	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	1:書面 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	案件分類1(一般案件)之申請件數加總。
△	t8	一般案件日數	8	9	一、案件分類1(一般案件)之急慢性病床總日數。 二、當點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
△	t9	一般案件醫療費用點數	10	9	一、案件分類1(一般案件)點數清單段欄位IDd85(申請費用點數)+欄位IDd84(部分負擔點數)之加總。 二、當點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。 三、醫令清單申報之G00001部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數列入計算。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	t10	論病例計酬案件申請件數	6	9	案件分類2(論病例計酬案件)之申請件數加總。
△	t11	論病例計酬案件日數	8	9	案件分類2(論病例計酬案件)申請案件之急慢性病床總日數。
△	t12	論病例計酬案件醫療費用點數	10	9	案件分類2(論病例計酬案件)申請案件之點數清單段欄位IDd85(申請費用點數)+ 欄位IDd84(部分負擔點數)之加總。
△	t13	特定案件申請件數	6	9	案件分類3(特定案件)申請件數之加總。
△	t14	特定案件日數	8	9	一、案件分類3(特定案件)申請案件之急、慢性病床總日數。 二、醫療服務點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
△	t15	特定案件醫療費用點數	10	9	一、案件分類3(特定案件)申請件數之點數清單段欄位IDd85(申請費用點數)+ 欄位IDd84(部分負擔點數)之加總。 二、點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。 三、醫令清單段申報之G00001部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數列入計算。
*	t16	醫療費用件數總計	8	9	一、為欄位IDt7、t10、t13、t22、t25之加總。 二、若為0，則填0。
*	t17	醫療費用日數總計	10	9	一、為欄位IDt8、t11、t14、t23、t26之加總。 二、若為0，則填0。
*	t18	醫療費用點數總計	10	9	一、為欄位IDt9、t12、t15、t24、t27之加總(含部分負擔點數)。 二、若為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
△	t19	部分負擔件數總計	8	9	一、住院申報案件點數清單段有部分負擔點數的件數加總。 二、點數清單段欄位ID102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
△	t20	部分負擔日數總計	10	9	一、點數清單段有部分負擔點數的急慢性病床日數加總。 二、點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。
*	t21	部分負擔點數總計	10	9	一、若為0，則填0。 二、申報案件之部分負擔點數加總。 三、點數清單段欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記)為9者，不列入計算。 四、醫令清單段申報之G00001(部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數)列入計算。
△	t22	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護件數總計	8	9	案件分類4(支付制度試辦計畫)、6(安寧療護案件)、所有本局協助其他單位辦理醫療項目(案件分類A1~AZ、B1、C1~CZ、D1~DZ)之申請件數加總。
△	t23	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護日數總計	10	9	案件分類4(支付制度試辦計畫)、6(安寧療護案件)、所有本局協助其他單位辦理醫療項目(案件分類A1~AZ、B1、C1~CZ、D1~DZ)之申請日數加總。
△	t24	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護案件醫療費用點數總計	10	9	申請非案件分類1、2、3、5案件之點數清單段欄位IDd85(申請費用點數)+欄位IDd84(部分負擔點數)。
△	t25	Tw-DRGs件數總計	10	9	案件分類5(Tw-DRGs案件)之申請件數加總。
△	t26	Tw-DRGs日數總計	10	9	案件分類5(Tw-DRGs案件)之日數加總。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	t27	Tw-DRGs醫療費用點數總計	10	9	一、申請案件分類 5 案件之點數清單段欄位 IDd85 (申請費用點數)+欄位 IDd84(部分負擔點數)。 二、醫令清單段申報之G00001部分負擔代碼改變已切帳申報，且該次已收取之部分負擔點數列入計算。
*	t28	申請件數總計	8	9	一、為欄位 IDt7、t10、t13、t22、t25 之加總。 二、若為0，則填0。
*	t29	申請日數總計	10	9	一、為欄位 IDt8、t11、t14、t23、t26之加總。 二、若為0，則填0。
*	t30	申請點數總計	10	9	一、為欄位 IDt18與IDt21之差值 (不含部分負擔)。 二、若為0，則填0。
△	t31	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。
△	t32	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。 採媒體申報者，本欄免填。 採連線申報者，於檢送費用申報資料時，本欄為必填欄位。

(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
△	d5	補報原因註記	1	X	一、申報類別(欄位IDt5)為2(補報)者，本欄為必填欄位。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(案件分類5:Tw-DRGs案件不適用)。 二、申報類別(欄位IDt5)為1(送核)案件，本欄免填(98.07起適用)。
*	d2	流水編號	6	9	一、服務機構所編之申報流水序號，請依案件分類之類別及出院日期分別連續編號，並依科別集中整理，上下半月之同一案件分類之流水號不可重複。 二、最小值為1。
*	d4	部分負擔代號	3	X	參閱申報說明註4及註13。
*	d3	身分證統一編號	10	X	國民身分證統一編號，或外籍居留(如無居留證號碼請填護照號碼)，身分證號檢核原則，請參考註14。
*	d6	出生年月日	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。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。 二、本欄之日期必須小於等於就醫日期或入院日期，且年齡必須小於150歲。
*	d7	給付類別	1	X	一、參閱申報說明註13。 二、給付類別代碼： 1:職業傷害 2:職業病 3:普通傷害 4:普通疾病

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>6:自然生產</p> <p>7:剖腹生產(註:保險對象不符醫療上適應症而自行要求施行剖腹產手術者,給付類別填7")</p> <p>8:天災:88年9月起申報類別為「2:補報」者使用。</p> <p>9:呼吸照護:89年6月起申報類別為「2:補報」者使用。</p> <p>自99年1月(費用年月)起,「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫之醫療費用申報,請依98年11月5日健保醫字第0980091465號公告辦理,其中申報類別(欄位IDt5)為「1:送核」者,參與試辦計畫之案件以案件分類「4:支付制度試辦計畫」申報。未參與試辦計畫案件之案件分類為「1:一般案件或3:特定案件」,參與或未參與試辦計畫案件之給付類別均為「9:呼吸照護」。</p> <p>A:安寧療護:89年7月起申報類別為「2:補報」者使用。98年9月起案件申報類別以「1:送核」、給付類別「A:安寧療護」、案件分類以「6:安寧療護案件」申報,其他項次之申報說明詳註16。</p> <p>C:全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案</p> <p>D:週產期論人支付制度試辦計畫</p> <p>E:全民健康保險氣喘醫療給付改善方案</p> <p>M:全民健康保險加強慢性B、C型肝炎治療試辦計畫(92.10增訂)</p> <p>K:收容對象醫療服務計畫</p>
*	d8	汽機車交通事故	1	X	<p>Y:汽機車交通事故</p> <p>N:非汽機車交通事故或原因不明</p> <p>參閱申報說明註12</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d1	案件分類	2	X	<p>一、參閱申報說明註13。</p> <p>二、健保給付案件代碼：</p> <p>1:一般案件</p> <p>2:論病例計酬案件</p> <p>3:特定案件</p> <p>(1)住院申報 50 萬元以上之高額案件</p> <p>(2)血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件</p> <p>4:支付制度試辦計畫 (乳癌 90.12、肝炎 92.10 適用、呼吸照護 99.1)</p> <p>5:Tw-DRGs 案件 (99.01)，欄位 Id18(Tw-DRGs 碼)及欄位 Id19(Tw-DRGs 支付型態)欄位為必填。</p> <p>6:安寧療護案件 (98.09)；其他項次參考欄位 Id7 申報說明，詳註 16。</p> <p>三、協助勞保局給付案件代碼(A1~AZ；申報方式與健保給付案件相同)：</p> <p>A1:一般案件</p> <p>A2:論病例計酬案件</p> <p>A3:特定案件</p> <p>A4:支付制度試辦計畫</p> <p>(1)全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦方案者，病患來源(欄位 Id16)應為「N、C、R:乳癌試辦計畫」</p> <p>(2)全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫者，給付類別(欄位 Id7)應為「M:肝炎試辦計畫」</p> <p>(3)呼吸照護試辦計畫者，給付類別(欄位 Id7)應為「9:呼吸照護」</p> <p>AZ:職業傷病住院膳食費(97 年 3 月 26 日健保醫字第 0970002000 號函增訂)</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>四、協助行政院衛生署給付案件代碼 (B1~BZ): B1:精神病嚴重病人送醫及強制住院案件(欄位 IDd4 部分負擔代碼應為「009:本局其他規定免部分負擔者」)。</p> <p>五、協助疾病管制局給付案件代碼 (C1~CZ): C1:AIDS 案件:依疾病管制局訂定「人類免疫缺乏病毒檢驗預防治療費用支付手冊」規定 C2:結核病痰抹片陽性個案住院≤14 天內案件 (算進不算出) C3:結核病 MDR 及抗結核藥物副作用住院≤30 天案件 (算進不算出) C4:無健保結核病患之醫療費用(96 年 7 月 9 日函增訂) 案件分類 C2、C3 及 C4 等結核病案件,請詳參疾病管制局「結核病公務預算支付醫療費用作業手冊」規定。</p> <p>六、協助內政部給付案件代碼(D1~DZ): DZ:低收入戶住院膳食費(97年3月26日增訂)</p>
*	d9	就醫科別	2	X	<p>一、請依註5規定填寫。</p> <p>二、若不足位者前補0,如家醫科,為01。</p>
*	d10	入院年月日	7	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。</p> <p>二、應小於等於費用年月的最後一日。</p>
△	d11	出院年月日	7	X	<p>一、參閱申報說明註 20。</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,</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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。 三、本欄應大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日。
*	d12	申報期間-起	7	X	一、參閱申報說明註20。 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。 三、本欄應大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日。
*	d13	申報期間-迄	7	X	一、參閱申報說明註20。 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。 三、本欄應大於等於申報起日且小於等於費用年月的最後一日。
△	d14	急性病床天數	3	9	一、參閱申報說明註20。 二、病人住急性病床之總計天數，以入院之日起，出院之日不計，應包含醫令類別Z(部分已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令)之住院天數。
△	d15	慢性病床天數	3	9	一、參閱申報說明註20。 二、病人住慢性病床之總計天數，以入院之日起計，出院之日不計，應包含醫令類別Z(部分已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令)之住院天數。
*	d16	病患來源	1	X	一、參閱申報說明註13。 二、病患來源代碼： 1:初、複診 2:急診

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					3:轉診 4:同一疾病 14 天內再住院或分段結清，致部分負擔小於法定比例或每次最高上限金額（93 年 8 月 9 日健保醫字第 0930060173 號函） N、C、R：乳癌試辦計畫（90.12） S：行政協助精神病嚴重病人送醫及強制住院（92.06行政協助）
*	d17	就醫序號	4	X	一、參閱申報說明註 13。 二、請依健保 IC 卡規定之就醫序號填寫，四碼流水號例如：0001。 三、同一序號如有重複申報，僅支付實際於健保 IC 卡註記之醫療院所。
△	d18	Tw-DRG碼	5	X	一、依公告之 Tw-DRGs 權重表之代碼申報。 二、案件分類（欄位 IDd1）為「5：Tw-DRGs 案件」者，本欄為必填欄位。 三、Tw-DRG 碼中屬已實施 Tw-DRGs 項目者，案件分類必為「5：Tw-DRGs 案件」。 四、申報之 Tw-DRG 碼應符合 Tw-DRGs 分類架構及原則。
△	d19	Tw-DRG支付型態	1	X	案件分類（欄位 IDd1）為「5：Tw-DRGs 案件」者，本欄為必填欄位，若非此條件，可不填。 0:費用在 Tw-DRG 上下限臨界點範圍內者 1:費用高於 Tw-DRG 上限臨界點者 2:費用低於 Tw-DRG 下限臨界點核實申報者 3:無權重之 Tw-DRG 核實申報者 4:該 Tw-DRG 個案<20 核實申報者 5:論日支付者【轉歸代碼（欄位 IDd24）為 5(一般自動出院)或 6(轉院)個案，其住院日數小於該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，且實際醫療費用點數介於上下限臨界點範

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					圍內者】
*	d20	主治醫師代碼	10	X	一、參閱申報說明註 14。 二、被保險人入院後病房主治醫師之身分證號或外籍居留證號,如住院中有一位以上之主治醫師時,請填出院時之主治醫師。 三、詳欄位 IDd3(身分證統一編號)資料說明。
△	d21	DRGs碼	5	X	一、凡屬論病例計酬案件者應依所訂之參考碼填寫。 二、若案件分類(欄位 IDd1)為「2: 論病例計酬案件」或「A2: 論病例計酬案件」者,本欄為必填欄位。
△	d22	外因分類(一)	5	X	汽機車交通事故(欄位 IDd8)為「Y」時,本欄為必填欄位。 參閱申報說明註 12
△	d23	外因分類(二)	5	X	同上。
*	d24	轉歸代碼	1	X	一、參閱申報說明註 20。 二、轉歸代碼: 1:治療出院 2:繼續住院 3:改門診治療 4:死亡 5:一般自動出院 6:轉院 7:身份變更

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					8:潛逃 9:自殺 0:其它 A:病危自動出院
*	d25	主診斷	9	X	一、主診斷之代碼。 二、參閱申報說明註3及13。 三、「小數點」不需填報。
△	d26	次診斷代碼(一)	9	X	次診斷之代碼。
△	d27	次診斷代碼(二)	9	X	同上。
△	d28	次診斷代碼(三)	9	X	同上。
△	d29	次診斷代碼(四)	9	X	同上。
△	d30	次診斷代碼(五)	9	X	同上。
△	d31	次診斷代碼(六)	9	X	同上。
△	d32	次診斷代碼(七)	9	X	同上。
△	d33	次診斷代碼(八)	9	X	同上。
△	d34	次診斷代碼(九)	9	X	同上。
△	d35	次診斷代碼(十)	9	X	同上。
△	d36	次診斷代碼(十一)	9	X	同上。
△	d37	次診斷代碼(十二)	9	X	同上。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d38	次診斷代碼(十三)	9	X	同上。
△	d39	次診斷代碼(十四)	9	X	同上。
△	d40	次診斷代碼(十五)	9	X	同上。
△	d41	次診斷代碼(十六)	9	X	同上。
△	d42	次診斷代碼(十七)	9	X	同上。
△	d43	次診斷代碼(十八)	9	X	同上。
△	d44	次診斷代碼(十九)	9	X	同上。
△	d45	主手術(處置)代碼	9	X	主手術(處置)之代碼。
△	d46	次手術(處置)代碼一	9	X	同上。
△	d47	次手術(處置)代碼二	9	X	同上。
△	d48	次手術(處置)代碼三	9	X	同上。
△	d49	次手術(處置)代碼四	9	X	同上。
△	d50	次手術(處置)代碼五	9	X	同上。
△	d51	次手術(處置)代碼六	9	X	同上。
△	d52	次手術(處置)代碼七	9	X	同上。
△	d53	次手術(處置)代碼八	9	X	同上。
△	d54	次手術(處置)代碼九	9	X	同上。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d55	次手術(處置)代碼十	9	X	同上。
△	d56	次手術(處置)代碼十一	9	X	同上。
△	d57	次手術(處置)代碼十二	9	X	同上。
△	d58	次手術(處置)代碼十三	9	X	同上。
△	d59	次手術(處置)代碼十四	9	X	同上。
△	d60	次手術(處置)代碼十五	9	X	同上。
△	d61	次手術(處置)代碼十六	9	X	同上。
△	d62	次手術(處置)代碼十七	9	X	同上。
△	d63	次手術(處置)代碼十八	9	X	同上。
△	d64	次手術(處置)代碼十九	9	X	同上。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d65	醫令總數	5	9	一、保險對象本次住院申報醫令之總數量。 二、詳申報說明註 20。 三、若資料為0，則填0。
△	d66	診察費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d67	病房費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d68	管灌膳食費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d69	檢查費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d70	放射線診療費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d71	治療處置費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d72	手術費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d73	復健治療費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d74	血液血漿費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d75	血液透析費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d76	麻醉費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d77	特殊材料費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d78	藥費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用藥價基準各部章節對應。
△	d79	藥事服務費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d80	精神科治療費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d81	注射技術費點數	7	9	依全民健康保險醫療費用支付標準各部章節對應。
△	d82	嬰兒費點數	7	9	包括於治療處置費。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d83	醫療費用點數合計	8	9	一、若加總為0，則填0。 二、欄位 IDd66 至欄位 IDd82 之加總。
*	d84	部分負擔點數	7	9	一、詳申報說明註20。 二、服務機構收取之部分負擔點數，應不含醫令類別有「Z: 部分已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令」之G00001部分負擔點數。
*	d85	申請費用點數	8	9	一、本欄為欄位IDd83與IDd84之差值。若為0，則填0。 二、案件分類「2:論病例計酬案件」之申請費用點數=醫令清單中醫令類別為「2:診療明細」之定額費用減欄位IDd84之部分負擔點數（申請費用點數=醫令類別為「2診療明細」之點數－清單段部分負擔點數）。 三、案件分類「5:Tw-DRGs案件」之申請費用點數=醫令代碼F00000或F00001-醫令代碼G00001-清單欄位IDd84部分負擔點數。 四、欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記代碼)為「A:因住院30日內切帳申報(如部分負擔代碼，且出院之非DRG案件或>30天未出院之非DRG案件)」者，申請費用點數=點數清單段欄位IDd83－醫令代碼G00001-點數清單段欄位IDd84(部分負擔點數)。 五、當欄位IDd102(不適用Tw-DRGs案件特殊註記代碼)為「9」時，本欄費用應為「0」。 六、案件分類「6:安寧療護案件」之申請費用點數=醫令清單段醫令類別為「2:診療明細」之定額費用+通則六得另行申報醫令類別為「2:診療明細」之特定診療項目+通則七得另行核實申報醫令類別為「1:用藥明細」之藥物減點數清單段欄位IDd84(部分負擔點數)，即申請費用點數=醫令清單段醫令類別為「1+2」之點數－點數清單欄位IDd84之部分負擔點數)。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d86	醫療費用點數(急性病床 1-30 日)	8	9	一、醫療費用點數(急性病床 1-30 日)。 二、住院超出 30 日以上，請將醫療費用點數依 1-30 日，31-60 日，61 日以上分別計算醫療費用點數。
△	d87	部分負擔點數(急性病床 1-30 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(急性病床1-30日)，參閱註6。
△	d88	醫療費用點數(急性病床 31-60 日)	8	9	一、醫療費用點數(急性病床 31-60日)。 二、住院超出30日以上，請將醫療費用點數依1-30日，31-60日，61日以上，分別計算醫療費用點數。
△	d89	部分負擔點數(急性病床 31-60 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(急性病床 31-60日)，參閱註6。
△	d90	醫療費用點數(急性病床 61 日以上)	8	9	一、醫療費用點數(急性病床 61日以上)。 二、住院超出 30 日以上，請將醫療費用點數依 1-30 日，31-60 日，61 日以上，分別計算醫療費用點數，參閱註 6。
△	d91	部分負擔點數(急性病床 61 日以上)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(急性病床61天以上)，參閱註6。
△	d92	醫療費用點數(慢性病床 1-30 日)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床 1-30日)。 二、住院超出30日以上，請將醫療費用點數依1-30日，31-60日，61日以上，分別計算醫療費用點數。
△	d93	部分負擔點數(慢性病床 1-30 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床 1-30 日)。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d94	醫療費用點數(慢性病床 31-90 日)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床 31-90日)。 二、住院超出30日以上,請將醫療費用點數依1-30日,31-90日,91-180 日,181 日以上,分別計算醫療費用點數。
△	d95	部分負擔點數(慢性病床 31-90 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床 31-90日)。
△	d96	醫療費用點數(慢性病床 91-180 日)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床91-180日)。 二、住院超出30日以上,請將醫療費用點數依1-30日,31-90日,91-180日,181日以上,分別計算醫療費用點數。
△	d97	部分負擔點數(慢性病床 91-180 日)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床 91-180 日)。
△	d98	醫療費用點數(慢性病床 181 日以上)	8	9	一、醫療費用點數(慢性病床 181 以上)。 二、住院超出 30 日以上,請將醫療費用點數依 1-30 日,31-90 日,91-180 日,181 日以上,分別計算醫療費用點數。
△	d99	部分負擔點數(慢性病床 181 日以上)	7	9	服務機構收取之部分負擔點數(慢性病床 181 日以上)。
△	d100	依附就醫新生兒出生年月日	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、欄位IDd4(部分負擔代號)為「903:健保IC卡新生兒依附註記方式就醫者」,本欄為

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					必填欄位，且入院日期- 本欄之日期應≤60日(99.7.14健保醫字第0990073049號公告「健保IC卡存放內容」及「健保IC卡資料上傳作業說明」，新生兒就醫依附註記，自出生起31天內延長至60天，並自99年10月1日起實施)。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明																																			
	d101	依附就醫新生兒胞胎註記	1	X	<p>一、本項欄位 IDd100 有日期者，本欄為必填欄位。</p> <p>二、單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示，如下表：</p> <p>(1) 新生兒出生順序以英文 26 個字母之順序表示。</p> <p>(2) 英文大寫表示男性，英文小寫表示女性。</p> <p>(3) 依附就醫新生兒胞胎註記舉例說明如下：</p> <p>單胞胎：男性填「A」，女性填「a」。</p> <p>雙胞胎：</p> <p>第 1 胎：男性填「A」，女性填「a」。</p> <p>第 2 胎：男性填「B」，女性填「b」。依此類推。</p> <table border="1" data-bbox="1249 772 1662 1273"> <thead> <tr> <th rowspan="2">新生兒 出生順序</th> <th colspan="2">性別</th> </tr> <tr> <th>男</th> <th>女</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>A</td><td>a</td></tr> <tr><td>2</td><td>B</td><td>b</td></tr> <tr><td>3</td><td>C</td><td>c</td></tr> <tr><td>4</td><td>D</td><td>d</td></tr> <tr><td>5</td><td>E</td><td>e</td></tr> <tr><td>6</td><td>F</td><td>f</td></tr> <tr><td>7</td><td>G</td><td>g</td></tr> <tr><td>8</td><td>H</td><td>h</td></tr> <tr><td>9</td><td>I</td><td>i</td></tr> <tr><td>10~26</td><td>J~Z</td><td>j~z</td></tr> </tbody> </table>	新生兒 出生順序	性別		男	女	1	A	a	2	B	b	3	C	c	4	D	d	5	E	e	6	F	f	7	G	g	8	H	h	9	I	i	10~26	J~Z	j~z
新生兒 出生順序	性別																																							
	男	女																																						
1	A	a																																						
2	B	b																																						
3	C	c																																						
4	D	d																																						
5	E	e																																						
6	F	f																																						
7	G	g																																						
8	H	h																																						
9	I	i																																						
10~26	J~Z	j~z																																						

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d102	不適用Tw-DRGs案件特殊註記	1	X	<p>0:無(案件分類5者,本項次應為0)</p> <p>1:主診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)案件</p> <p>2:主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件</p> <p>3:MDC19、MDC20之精神科案件</p> <p>4:主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)案件</p> <p>5:主或次診斷為行政院衛生署公告之罕見疾病案件</p> <p>6:試辦計畫、安寧療護案件(給付類別9、A、M、D或病患來源N、C、R者)</p> <p>7:住院超過30日之個案(急性病床天數+慢性病床天數>30日)</p> <p>8:案件分類改變之切帳申報(健保給付案件改為行政協助案件或行政協助案件間之案件分類改變或行政協助案件改為健保給付案件或健保給付案件間代碼改變。)</p> <p>9:住院30日內未出院之切帳申報個案(如部分負擔代碼改變),但仍為健保給付案件。申報本項註記者,欄位IDd85(申請費用點數)欄位應為「0」,欄位IDd24(轉歸代碼)應為「7:身分變更」或「2:繼續住院」,詳註20之範例8-1。</p> <p>A:因住院30日內切帳申報(如部分負擔代碼改變),且出院之非Tw-DRGs案件或>30日未出院之非Tw-DRGs案件。申報本註記者,醫令清單應有醫令類別B(部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料,醫令代碼必為「G00000~G00001」)、Z(部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令)之醫令,詳註20之範例8-2-2。</p> <p>B:其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件(案件分類應為行政協助案件之代碼或西醫基層診所住院案件)</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>C:未實施之 Tw-DRGs 案件【欄位 IDd18 (Tw-DRGs 碼)欄位應為 Tw-DRGs 之代碼)】</p> <p>D:服務機構之服務機構代號改變(舊代號)或停約開始之切帳申報(出院日期在合約迄日當天或停約起日前一當天者)</p> <p>E:服務機構之服務機構代號改變(新代號)或停約屆滿之切帳申報(入院日在合約起日當天或停約迄日之次一日者)</p> <p>F:使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)者</p> <p>G:原應屬Tw-DRGs範圍暫以論量計酬方式申報者</p>
△	d103	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。
△	d104	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。
△	d105	急診治療起始時間	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、申報醫令代碼為「全民健康保險醫療費用支付標準」之急診診察費、檢傷分類急診診察費、精神科急診診察費, 及職災急診診察費編號者, 本欄為必填欄位。</p> <p>三、本欄請填保險對象進入急診室之時間。</p>
△	d106	急診治療結束時間	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

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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、申報醫令代碼為「全民健康保險醫療費用支付標準」之急診診察費、檢傷分類急診診察費、精神科急診診察費，及職災急診診察費編號者，本欄為必填欄位。</p> <p>三、本欄請填保險對象離開急診室之時間。</p>
△	d107	轉入服務機構代號	10	X	欄位 IDd16(病患來源)為代碼3(轉診)者，本欄為必填欄位，請依轉診單之轉介服務機構代號填入。
△	d108	轉出服務機構代號	10	X	欄位 IDd24(轉歸代碼)為代碼6(轉院)者，本欄請填保險對象轉往之服務機構代號

(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	醫令序	5	9	一、依同一保險對象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。
*	p2	醫令類別	1	X	<p>醫令類別代碼如下：</p> <p>1:用藥明細 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(參閱註18) 7:代檢及轉檢 8:器官捐贈</p> <p>A:Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、<u>J00001</u>，且案件分類應為 5。 B:部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料，醫令代碼必為「G00000~G00001」。 <u>C:急診治療起迄時間</u> <u>D:被替代之特材項目</u> <u>E:自費特材項目-未支付</u> <u>F:自費特材項目-不符給付規定</u> Z:部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令(該類醫令應計算至本次點數清單段之欄位 IDd66~欄位 IDd82 醫療費用)。 B、Z之醫令類別應同時存在。 Y:器官捐贈來源之資訊，醫令代碼必為「Y00000」。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>X：Tw-DRGs 支付通則六(六)得另行核實申報之項目，其點數不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>(1) 申報醫令類別 X，點數清單之案件分類必為 5。(不含支付通則六(六)2)</p> <p>(2) 醫令代碼為 CBA01*<u>或 CBA02</u> 開頭且點數清單段欄位 IDd45~欄位 IDd64 處置碼需有一為 3761。</p> <p>(3) 醫令代碼為 57114C、57115C、57116B 者，MDC 必為 14。</p> <p>(4) 該點數並依支付標準之各部章節 對應到醫療服務點數清單中欄位 IDd66~欄位 IDd82 及欄位 IDd86~欄位 IDd99 中。</p>
*	p3	醫令代碼	12	X	<p>一、填寫全民健康保險藥價基準編碼或醫療費用支付標準碼或特殊材料碼。</p> <p>二、請按醫令代碼序依序申報,如係規律連續執行之醫令或同一醫令加成費用種類相同者,醫令請彙總列報。</p> <p>三、Tw-DRG 醫令代碼：</p> <p>1. Tw-DRG 支付內容「A00000~ A00006」，每一個案均應申報：</p> <p>(1) A00000:相對權重 RW。</p> <p>(2) A00001:標準給付額 SPR。</p> <p>(3) A00002:該 Tw-DRG 幾何平均住院日。</p> <p>(4) A00003:該 Tw-DRG 下限臨界點。</p> <p>(5) A00004:醫療服務點數=清單段欄位 IDd83 點數(含醫令類別「Z:部分負擔代碼改變已切帳申報之醫療費用點數」-醫令類別 X 之醫療費用點數)。</p> <p>(6) A00005:該個案住院醫療服務點數清單欄位 IDd14+欄位 IDd15 之急慢性病床天數。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長 度	屬 性	中文名稱/資料說明
					<p>(7) A00006:該 Tw-DRG 上限臨界點。</p> <p>2. 基本診療加成「A10000~A10003」, 每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) A10000:無加成「0」。</p> <p>(2) A10001:醫學中心加成。</p> <p>(3) A10002:區域醫院加成。</p> <p>(4) A10003:地區醫院加成。</p> <p>3. 兒童加成率「A20000~A40003」, 每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) 非 MDC15 內科系加成:</p> <p>A. A20000:非 MDC15 內科系無加成「0」。</p> <p>B. A20001:非 MDC15 內科系<6 個月兒童加成。</p> <p>C. A20002:非 MDC15 內科系>=6 個月,<2 歲兒童加成。</p> <p>D. A20003:非 MDC15 內科系>=2 歲,<=6 歲兒童加成。</p> <p>(2) 非 MDC15 外科系加成:</p> <p>A. A30000:非 MDC15 外科系無加成 0」。</p> <p>B. A30001:非 MDC15 外科系<6 個月兒童加成。</p> <p>C. A30002:非 MDC15 外科系>=6 個月,<2 歲兒童加成。</p> <p>D. A30003:非 MD15C 外科系>=2 歲,<=6 歲兒童加成。</p> <p>(3) MDC15 加成:</p> <p>A. A40000:MDC15 無加成「0」。</p> <p>B. A40001:MDC15<6 個月兒童加成。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>C. A40002:MDC15>=6 個月,<2 歲兒童加成。</p> <p>D. A40003:MDC>=2 歲,<=6 歲兒童加成。</p> <p>4. CMI 加成率 「A50000~A50003」, 每一個案均應申報其中之一: A50000:CMI 值無加成「0」。 A50001:CMI 值大於 1.1, 小於等於 1.2 加成。 A50002:CMI 值大於 1.2, 小於等於 1.3 加成。 A50003:CMI 值大於 1.3 加成。</p> <p>5. 山地離島加成「A60000~A60001」, 每一個案均應申報其中之一: (1) A60000:無山地離島加成。 (2) A60001:山地離島加成。</p> <p>6. Tw-DRGs 支付定額「B00000」, 每一個案均應申報: $B00000$ (Tw-DRGs 支付定額, 小數點下 1 位 4 捨 5 入, 取整數) = $A00000$(相對權重 RW) × $A00001$ (標準給付額 SPR) × (1+ 基本診療加成 A10000~A10003 其中之一+兒童加成 A20000~A40003 其中之一+ CMI 加成率「A50000~A50003」其中之一+山地離島加成 A60000~A60001 其中之一)</p> <p>7. 上限臨界點「C00000~C00003」每一個案均應申報其中之一: (1) C00000:無上限臨界點請填「0」(當 A00000:相對權重 RW 為「0」無權重時, 填此醫令) (2) C00001:上限臨界點為 A00006 者。 (3) C00002:上限臨界點以 TW-DRGs 支付定額 (B00000) 計算者。 A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>B、且 Tw-DRGs 支付定額 (B00000) 高於上限臨界點 (A00006)，但低於實際醫療服點數 (A00004)。</p> <p>(4) C00003: 不列入計算上限臨界點者，請填「0」。</p> <p>A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。</p> <p>B、且 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 高於上限臨界點 (A00006) 及高於或等於實際醫療服點數 (A00004)。</p> <p>8. 邊際成本計算「D00000~D00003」(每一個案均應申報其中之一):</p> <p>(1) D00000 (當支付型態非「1」時，填此醫令): 無邊際成本請填「0」。</p> <p>(2) D00001 (當支付型態為「1」時，填此醫令): 邊際成本(小數點下1位4捨5入，取整數) = 【A00004 醫療服務點數 - C00001 或 C00002 上限臨界點】×0.8。</p> <p>(3) D00002: 不計算邊際成本，當支付型態為「1」，上限臨界點為 C00003 不列入計算上限臨界點者，填此醫令，邊際成本請填「0」。</p> <p>(4) D00003 (當支付型態為「1」，填此醫令者，年齡、主診斷應符合支付通則六(三)1之規定): 邊際成本(小數點下1位四捨五入，取整數) = 【A00004 醫療服務點數 - C00001 或 C00002 上限臨界點】×1</p> <p>9. Tw-DRGs 支付點數「E00000~E00005」，每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) E00000 費用在上下限臨界點範圍內者 = B00000 支付定額 + D00000 無邊際成本</p> <p>(2) E00001 費用高於上限臨界點者 = B00000 支付定額 + D00001 或 D00003 邊際成本或 D00002 不計算邊際成本</p> <p>(3) E00002 費用低於下限臨界點核實申報者 = A00004 醫療服務點數</p> <p>(4) E00003 無權重之 Tw-DRGs 核實申報者 = A00004 醫療服務點數</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>(5)E00004 該 Tw-DRGs 個案<20 核實申報者=A00004 醫療服務點數</p> <p>(6)E00005 論日支付者=B00000 支付定額÷ A00002 該 Tw-DRGs 幾何平均住院 × A00005 該個案住院醫療服務點數清單段項次第 46+47 之急慢性病床天數；小數點下 1 位四捨五入，取整數。</p> <p>10. Tw-DRGs 案件使用第二類得加計額外點數特殊材料「H00000~H00032」，每一個案均應申報其中之一；小數點下 1 位四捨五入，取整數：</p> <p>(1)H00000:無使用第二類得加計額外點數特殊材料者，請填「0」。</p> <p>(2)H00011~ H00013:不得加計額外點數者，請填「0」。</p> <p>A. H00011:實際醫療費用點數(A00004)低於等於下限臨界點(A00003)者。</p> <p>B. H00012:實際醫療費用點數(A00004)小於等於 Tw-DRGs 定額(B00000)者。</p> <p>C. H00013:實際醫療費用點數(A00004)大於等於 Tw-DRGs 定額(B00000)，惟 Tw-DRGs 定額 (B00000) 大於上限臨界點(A00006)者。</p> <p>(3) H00021~ H00022:實際醫療費用點數(A00004)大於 Tw-DRGs 定額 (B00000)，且實際醫療點數(A00004)小於等於上限臨界點(A00006)者，額外加計點數以下列情況之一取低者：</p> <p>A. H00021:加計點數採打折後之新功能特材總點數。</p> <p>B. H00022:加計定額至實際醫療點數差額之加成者=【實際醫療費用點數 (A00004)-Tw-DRGs 定額 (B00000)】 × 加成比率。</p> <p>(4) H00031~ H00032:實際醫療費用點數(A00004)大於上限臨界點(A00006)，且上限臨界點(A00006)大於定額 (B00000) 者，額外加計點數以下列情況之一取低者：</p> <p>A. H00031:加計點數採打折後之新功能特材總點數。</p> <p>B. H00032:加計定額至上限臨界點數差額之加成者=【上限臨界點(A00006)-Tw-DRGs 定額 (B00000)】 × 加成比率。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>11. Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數)「F00000~F00001」, 每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(1) <u>「F00000」Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數) = E00000 或 E00001 或 E00005 + 醫令類別 X 之點數 + 「H00000~H00032」之點數 - 「J00001」之點數。</u></p> <p>(2) F00001 = E00002 或 E00003 或 E00004 + 醫令類別 X 之點數 + 「H00000~H00032」之點數</p> <p>12. 部分負擔代碼改變切帳申報, 出院時該次費用應申報醫令類別「B: 部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料」之 下列 2 項醫令, 且醫令類別應另有「Z: 部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令」之醫令:</p> <p>(1) G00000: 部分負擔代碼改變已切帳申報之個案資料。</p> <p>(2) G00001: 部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數, 如為免部分負擔者, 點數請填「0」。</p> <p>13. 該筆醫令為「費用點數」者, 該費用點數(例如 B00000、D00001、E00005)於計算後小數點下 1 位四捨五入, 取整數。</p> <p>14. 器官捐贈來源資訊 Y00000: 申報心臟移植(68035B)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、肺臟移植(單側68037B、雙側68047B)、胰臟移植(75418B)、角膜移植(85213B)者, 應填報器官捐贈來源資訊 Y00000 之醫令。</p> <p><u>15. 自費特材點數申報:</u> <u>J00001: 所有醫令類別 D (被替代之特材項目) 之點數加總。</u></p>
*	p4	支付成數	3	X	此欄表示全民健保醫療費用支付標準表規定之診療項目有加成或折扣者, 按成數填報, 取至小數點下二位, 第三位四捨五入(如: 加二成請輸入120, 無加成為100, 打八折為080)。若

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					醫令類別為A(Tw-DRG 醫令代碼必為A00000~F00001、H00000~H00032、 J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊)，則本欄請填「000」。
△	p5	藥品用量	7	9	依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。
△	p6	(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、若醫令為精神科治療費、復健治療費、治療處置費、血液透析費等項目此欄為必填欄位。
△	p7	給藥途徑/作用部位	4	X	依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。
△	p8	會診科別	2	X	若醫令為會診費則本欄為必填欄位(請填會診科別)。
△	p9	病床號	10	X	若醫令為病房費，則本欄為必填欄位，並應請填載保險對象實際入住之病床號。
△	p10	診療之部位	6	X	一、若醫令代碼為註 19 之診療項目者，則本欄為必填欄位。 二、診療之部位代碼：右側填 R、左側填 L、雙側填 B。
△	p11	Tw-DRGs 計算	13	9	一、若醫令類別為 A (Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、 J00001 ，且案件分類應為 5) 或醫令類別 B (部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料，醫令代碼必為「G00000~G00001」) 且醫令代碼為 G00001 時，則本欄為必填欄位。 二、如 99999999.9999。
△	p12	切帳前筆資料	21	X	一、醫令代碼為 G00000 者，本欄為必填欄位。 二、費用年月(第 1-5 碼)/申報類別(第 6 碼)/申報日期(第 7-13 碼)/案件分類(第 14-15 碼，若為 1 碼者左靠補「-」/流水號(第 16-21 碼)。
△	p13	器官捐贈者資料	28	X	一、醫令代碼為 Y00000 者，本欄為必填欄位。 二、境內捐贈(第 1 碼填 0)/捐贈院所代號(第 2-11 碼)/捐贈日期

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					(第 12-18 碼) / 捐贈者 ID (第 19-28 碼)。 三、境外捐贈 (第 1 碼填 1) 本欄請左靠不足補空白。
*	p14	執行時間-起	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「全民健康保險醫療費用支付標準」編號之病房費 (第二部第一章第三節)、18013C、18014C、37034B~37041B、復健治療 (第二部第二章第四節 第二項~第四項第五節)、精神醫療治療費 (第二部第二章第五節)、47029C、47037B、47038B、57003C、57019C、57027B、高壓氧治療 (第二部第二章第六節 第三項)、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)、侵入性處置、清淨手術前 (中) 抗生素醫令，須填寫至時分欄位；若醫令為放射線診療費、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補 0；若醫令類別為 A、B、Y 之醫令，則本欄為申報起日。</p> <p>三、復健處置醫令下 PTS1...、OT1 等治療項目，本欄免填。</p>
*	p15	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</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>06。</p> <p>二、若醫令為「全民健康保險醫療費用支付標準」編號之病房費(第二部第一章第三節)、18013C、18014C、37034B~37041B、復健治療(第二部第二章第四節第二項~第四項第五節)、精神醫療治療費(第二部第二章第五節)、47029C、47037B、47038B、57003C、57019C、57027B、高壓氧治療(第二部第二章第六節第三項)、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)、侵入性處置、清淨手術前(中)抗生素醫令,須填寫至時分欄位;若醫令為放射線診療費、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位,時分欄位可補0;若醫令類別為A、B、Y之醫令,則本欄為申報迄日。</p> <p>三、復健處置醫令下 PTS1...、OT1 等治療項目,本欄免填。</p>
*	p16	總量	7	9	<p>一、小數點需填載,取至小數點下一位,第二位四捨五入,如 99999.9。</p> <p>二、若醫令類別為 A (Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊),本欄請填 0。</p> <p>三、若資料為 0,則填 0。</p>
*	p17	單價	10	9	<p>一、小數點需填載,取至小數點下二位,第三位四捨五入,如 9999999.99。</p> <p>二、若醫令類別為 A(Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊),本欄請填 0。</p> <p>三、若資料為 0,則填 0。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	p18	點數	8	9	一、總量乘單價,並加成計算,四捨五入取整數。 二、若醫令類別為 A(Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、 J00001)、B(部分負擔代碼改變已切帳申報之費用之資料)、Y(器官捐贈來源之資訊),本欄請填 0。 三、若資料為 0,則填 0。
△	p19	事前審查受理編號	13	X	一、請填事前申請書之受理編號。 二、請依實際受理編號填報,如受理編號為 10 碼,則填 10 碼,如為 11 碼,則填 11 碼,以此類推。 三、同一項目有 2 個事前審查受理編號者,請申報為 2 筆醫令。
△	p20	執行醫事人員代號	10	X	一、申報之醫令代碼為麻醉、手術或全民健康保險醫療費用支付標準規定限專科醫師執行之項目,本欄為必填欄位。 二、請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。
△	p21	影像來源	1	X	一、合於全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫支付標準申報編號。 二、本欄應填之代碼如下： 1:複製片 2:PACS 3:行政院衛生署全國醫療影像交換中心 9:其他
△	p22	就醫科別	2	X	一、請依申報說明註 5 規定填寫。 二、不足位者前補 0,如婦產科,為 05。 三、同日多科就醫案件,本欄為必填欄位。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	p23	自費特材群組序號	3	9	<u>一、同一組醫令類別 E (自費特材項目-未支付) 或 F (自費特材項目-不符給付規定) 與醫令類別 D (被替代之特材項目) 需編相同群組序號。</u> <u>二、序號請從 001 起編號。</u>

備註：

註 1: 各項次資料請務必詳實填寫，如經檢核有錯誤者，將以退件處理。

註 2: 符號欄位「*」表示該欄為必填欄位。「△」表該欄位 ID 醫療服務申報者，為必填欄位，無資料者免填。英文字請一律用大寫填寫。

註 3: 欄位 IDd25~欄位 IDd44 主(次)診斷代碼及欄位 IDd45~欄位 IDd64 主(次)手術(處置)代碼之 ICD-9-CM，自費用年月 95 年 1 月份起以 2001 年版為準。

註 4: 部分負擔代號(共三碼)：

(1) 各代碼說明如下：

- 代碼 000：應部分負擔者
- 免部分負擔規定
- 代碼 001：重大傷病
- 代碼 011：住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內之重大傷病(↔)。
- 代碼 002：分娩

註：分娩免部分負擔之定義為保險對象妊娠週數大於或等於二十週或胎兒體重大於或等於五百公克，"當次" 分娩之診療相關費用，免部分負擔。

- 代碼 003：合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類保險對象)(協助內政部辦理項目)。
- 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署公告指定之醫療院所就醫者(協助疾病管制局辦理項目)、行政協助無健保結核病患之醫療費用(協助疾病管制局辦理項目 96.7.9 健保醫字第 0960023163 號函增訂)。
- 代碼 006：勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者(協助勞工保險局辦理項目)。
- 代碼 007：山地離島地區之就醫(以入院日期判斷，88.7.17 增訂)
- 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：本局其他規定免部分負擔者，如百歲人瑞持健保金卡就診者、921 震災。
- 代碼 901：國健局列管之第一代多氯聯苯(油症)患者(100.10.01 增訂；協助國民健康局辦理項目)
- 代碼 902：協助內政部辦理三歲以下兒童醫療補助計劃(91.03.01 增訂)
- 代碼 903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者(92.9 增訂)(協助內政部辦理)
- 代碼 904：行政協助愛滋病案件(95.3 增訂；協助疾病管制局辦理項目)
- 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 起適用；協助內政部辦理項目)

(2)倘同一申報案件同時符合二項以上免部分負擔條件者，請依下列原則填寫：

- A. 依全民健康保險法規定(健保法 81 條)職業災害(含職業傷害及職業病)優先填寫，即部分負擔代碼「006(勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者)」優先填寫。
- B. 非為上開案件，則依全民健康保險法規定(健保法 36 條)免自行負擔者優先擇一適用填寫，包括重大傷病(部分負擔代碼：001)、分娩(部分負擔代碼：002)、預防保健服務(部分負擔代碼：009)及山地離島地區之就醫(部分負擔代碼：007)之部分。
- C. 若非上開(1)(2)情形者，屬本局受委任或協助其他單位辦理醫療項目(即行政協助)之補助部分負擔者，再由上而下優先擇一適用填寫(97.02.13 健保醫字第 0970001927 號函)。

註 5:就醫科別說明：

(1)保險對象住院中有二次以上轉就醫科別者，點數清單段之就醫科別（欄位 IDd9）者，請以出院時之科別填寫。

(2)為利專業審查分案需要，點數清單段之就醫科別（欄位 IDd9）及醫令清單段之就醫科別（欄位 IDp22）請按下列申報：

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 (96年7月費用年月新增)	40:牙科	60:中醫科
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:口腔顏面外科	AJ:胸腔暨重症加護	HA:脊椎骨科		
------------	-----------	------------	---------	--	--

註 6:住院期間保險對象身份變更者，如第一、二類被保險人(住院費用應部分負擔)變更為第五類保險對象(住院費用免部分負擔)時，其住院費用自身份變更確定生效之日起，分段結清。

註 7:住院部分負擔比率請參考全民健康保險法之規定。

註 8: 保險對象以相同疾病於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數應予合併計算。以國際疾病分類碼主診斷相同為同一疾病認定標準。

註 9:凡屬繼續住院案件，其醫療費用以兩個月（含）以上申報一次為原則，不足二個月之案件，於出院時一次申報，俾提供較完整資料供審查參考。

註 10:分娩者免部分負擔，分娩引起之合併症或生產後當次住院併行其他治療，必須之相關診療費用亦免部分負擔。惟若係產前住院治療其他疾病而併行生產者，其費用應以生產日切割，並以繼續住院方式辦理，產前之醫療費用，應收繳部分負擔。

註 11：器官移植手術醫療費用申報：

(1) 器官移植手術，捐贈者非本保險對象，且入住不同醫院，其醫療費用申報方式：

A. 捐贈者非本保險對象，而受贈者為本保險對象，因入住不同醫院，其醫療費用應分別申報。捐贈者之就醫序填「IC98:非本保險保險對象之器官捐贈」，身分證字號及出生年月日均填捐贈者本人。至部分負擔仍應比照捐贈者為本保險之保險對象相關規定辦理。

B. 捐贈者非入住區域醫院或醫學中心，其醫療費用申報時，醫令類別應填載「8:器官捐贈」並免申請跨表。

(2) 器官捐贈者及接受器官移植者費用申報方式：

A. 器官移植者完成移植時，不論器官捐贈者及接受器官移植者係在同家或不同家醫院實施手術，其器官摘取及移植之醫療費用請分開申報。

B. 受贈者須舉證說明器官來源（於醫令清單欄位 IDp2（醫令類別）、欄位 IDp3（醫令代碼）、欄位 IDp13(器官捐贈者資料)填

寫捐贈醫所代號、捐贈日期、捐贈者 ID 資料)。捐贈者須說明受贈者及受贈醫院名稱資料，並檢附病歷相關資料送審。

C. 部分負擔應請依規定核實申報。

註 12: 汽機車交通事故保險對象之醫療費用填報方式：

特約院所申報汽機車交通事故患者之醫療費用時，住院案件請於點數清單段上「汽機車交通事故」欄位填 Y，欄位 IDd22 及欄位 IDd23「外因分類」欄，依事故情形外因分類碼 E810 至 E819。

註 13: 欄位 IDd17「就醫序號」填寫說明：

(1) 行政協助案件欄位 IDd1(案件分類)、欄位 IDd4(部分負擔代碼)、欄位 IDd17(就醫序號)之關聯表

欄位 ID 名稱	d1	d4	d17	備註
行政 協助單位	案件分類	部分負擔代號	健保卡就醫序號	
勞保局	代碼 A1~AZ： A1：一般案件 A2：論病例計酬 A3：特定案件 A4：支付制度試辦計畫 (加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫、 乳癌、呼吸照護) AZ：職業傷病住院膳食費	006：勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者	IC06 行政協助職災病患就診	1. A1~AZ 申報方式與健保給付案件相同。 2. 加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫給付類別應為「M」。 3. 乳癌醫療給付改善方案試辦方案病患來源應為「N、C、R」。 4. 呼吸照護試辦計畫，給付類別應為「9」。
衛生署	代碼 B1~BZ： B1：精神病嚴重病人送醫及強制住院案件	009：本局其他規定免部分負擔者	IC08 行政協助精神病強制住院	病患來源應為「S」

疾病管制局	代碼 C1~CZ： C1：AIDS 案件	904 行政協助愛滋病案件	非健保保險對象者以「IC09:行政協助無健保病患(結核病、愛滋病)就醫」填入	欄位 IDd25 主診斷碼應為 042 或 V08
	C2：結核病痰抹片陽性個案住院≤14 天內案件(算進不算出)。 C3：結核病抗結核藥物副作用住院≤30 天內(算進不算出)。	005：經登記列管結核病患至衛生署公告指定之醫療院所就醫者	健保卡就醫序號	欄位 IDd25 主診斷碼應為 010-018

(2)其他代碼：

IC89:符合無力繳納保費者(88.2 增訂)。

IC98:非本保險保險對象之器官捐贈。

IC99:乳癌試辦定額費用獨立申報(93.1 增訂)。

ICB6：誤為委任(或行政協助)醫療項目申報案件改健保支付(99.06 增訂)。

(3)異常代碼對照表：

異常代碼		異常原因
尚未取得就醫序號	已取得就醫序號	
A000	A001	讀卡設備故障
A010	A011	讀卡機故障
A020	A021	網路故障造成讀卡機無法使用
A030	A031	安全模組故障造成讀卡機無法使用
B000	B001	卡片不良(表面正常,晶片異常)

C000		停電
C001		例外就醫者(首次加保 1 個月內，補換發卡 14 日內)
C002		18 歲以下兒少(依 99.12.06 健保醫字第 0990081857 號函新增)
C003		弱勢民眾安心就醫方案-懷孕婦女例外就醫
D000	D001	醫療資訊系統(HIS)當機
D010	D011	醫療院所電腦故障
E000		健保總局資訊系統當機
E001		控卡名單已簽切結書
F000		醫事機構赴偏遠地區因無電話撥接上網設備
Z000	Z001	其他
G000		新特約
H000		高齡醫師

說明：

- (1)在卡片取得就醫序號前，即發生異常，造成無法讀寫健保 IC 卡時，請使用「尚未取得就醫序號」欄位之異常代碼，作為該筆就診資料之就醫序號。
- (2)若已自卡片中取得就醫序號後，才發生異常，造成無法繼續讀寫健保 IC 卡時，請使用「已取得就醫序號」欄位之異常代碼，作為該筆就診資料之就醫序號。
- (3)若屬於「尚未取得就醫序號」之異常代碼，持卡人至更新機補登異常資料時，會更新其「最近一次就醫序號」(就醫類別為 01-08) 及所有費用與次數之加總。
- (4).若屬於「已取得就醫序號」之異常代碼，持卡人至更新機補登異常資料時，僅會更新其所有費用與次數之加總。
- (5)服務機構經本局分區業務組輔導後，確實因故未能配合建置健保 IC 卡網路連線等作業，無法受理以健保 IC 卡就診者，可專案申請，經本局分區業務組同意後，以 H000 申報。

註 14：身分證統一編號、主治醫師代碼(10 碼)欄位說明及邏輯檢核(含本國人、外國人及遊民)

1 0 8 4 8 0 0 8 4 8 (取個位數，不進位)

$$1+0+8+4+8+0+0+8+4+8=21$$

$$\text{檢查碼}=10-1=9$$

2. 外國人或遊民 FA12345689 (9 為正確之檢查碼)

F A 1 2 3 4 5 6 8



1 5 0 1 2 3 4 5 6 8

* 1 9 8 7 6 5 4 3 2 1 (特定數)

1 5 0 7 2 5 6 5 2 8 (取個位數，不進位)

$$1+5+0+7+2+5+6+5+2+8=41$$

$$\text{檢查碼}=10-1=9$$

註 15：本局協助行政院衛生署疾病管制辦理結核病公務預算支付醫療費用項目規定，請詳閱「結核病公務預算支付醫療費用作業手冊」規定。本局行政協助行政院衛生署國民健康局辦理該局列管第一代多氯聯苯中毒(油症)患者住院部分負擔醫療費用規定，請詳閱「補助第一代油症患者健康保險住院部分負擔醫療費用作業須知」規定。(100.10.01 增訂)

註 16：案件分類 6(安寧療護案件)申報說明：

- (1) 欄位 IDd66-欄位 IDd82 分項費用欄位：以醫令清單醫令類別「4：不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」實際發生之醫療費用，按醫令代碼歸納至相對欄位中。
- (2) 欄位 IDd83 醫療費用點數合計＝欄位 IDd66 至欄位 IDd82 之加總＝欄位 IDd86、d88、d90、d92、d94、d96、d98 之加總。
- (3) 欄位 IDd84 部分負擔點數：應部分負擔者以實際發生之醫療費用計算＝欄位 IDd87、d89、d91、d93、d95、d97、d99 之

加總。

- (4)欄位 IDd87、d89、d91、d93、d95、d97、d99 部分負擔之計算：依欄位 IDd86、d88、d90、d92、d94、d96、d98 之實際發生之醫療費用點數分別計算，所有案件均按住院部分負擔比率計算。
- (5)案件分類 6 定額費用及全民健康保險醫療費用支付標準通則六得另行申報之特定診療項目，醫令類別請填「2:診療明細」，支付標準通則七得另行核實申報之藥物醫令類別為「1:用藥明細」，實際醫療費用之醫令類別請填「4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。
- (6)其他欄位比照現行申報方式。

註 17:急診轉住院之案例，未強制須合併住院案件申報；惟服務機構若將當次急診轉住院個案合併住院申報者，其點數清單段之欄位 IDd10「入院年月日」，自 99 年 1 月起(費用月份)，則以急診就醫年月日為「入院年月日」(98.10.20 健保醫字第 0980059617 號函)。

註 18:採論病例計酬、定額給付案件，其包括於定額費用內之實際施行的診療項目，請以醫令類別 4(不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或特材)填報。

註19:治療處置、手術、檢驗(查)加註診療之部位醫令代碼一覽表

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
全膝關節置換術	64202B	人工全膝關節再置換	R:右側 L:左側
	64164B	全膝關節置換術	

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
全股關節置換術	64201B	人工全髖關節再置換	B: 雙側
	64162B	全股關節置換術	
白內障手術	86007C	水晶體囊外(內)摘除術	
	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	86011C	人工水晶體植入術—第一次植入	
	86012C	人工水晶體植入術—第二次植入	
	86013C	人工水晶體植入術—調整術	
尿路結石體外震波碎石術	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次	
	50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次	
	97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97406A	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97420B	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97407K	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97408A	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97421B	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
	97410A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
	97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
97411K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)		

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
	97412A	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
	97423B	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
腹股溝疝氣手術	97220K	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
	97221A	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
	97222B	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
	97223C	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
	97224P	股及腹股溝疝氣手術(單側)(門診)	
電腦斷層造影	33070B	無造影劑-全身型	H：頭部 A：頸部 F：頭頸部 U：胸部 N：頸椎
	33071B	有造影劑-全身型	
	33072B	有/無造影劑-全身型	
磁共振造影	33084B	無造影劑	

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
	33085B	有造影劑	J：胸椎 K：腰椎 G：胸部及上腹部 C：上腹部 I：腹部（含骨盆腔）(99.3修訂) P：骨盆腔 E：肢部 Q：臂神經血管叢 M：骨骼肌肉系統 V：心血管系統 S：MRS(磁振頻譜) T：MRA(磁振血管攝影) O：其他 依實施部位填寫左靠，不足補空白，例如頸椎及胸椎則填NJ，最多申報六個部位。
正子造影	26072B	全身	
	26073B	局部	

註 20: 案件分類 5(Tw-DRGs)、部分負擔代碼改變切帳申報，詳如範例。