

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~~試辦~~計畫之~~牙醫~~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~~試辦~~計畫之~~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~~試辦~~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~~試辦~~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~~試辦~~計畫之~~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~~試辦~~計畫之~~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)

L3: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-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)

☆~~代號為 F2、F3、FA、FT 者，案件分類為 14。~~本項(一)欄位代號為 F2 者，案件分類為 14、15(106.01.01 新增)；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)。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 ~~試辦~~ 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、L3 (104.01.01 新增)、L4(106.01.01 新增)，案件分類為 16。

☆FP 牙周病統合照護第一階段、FQ 牙周病統合照護第二階段、FR 牙周病統合照護第三階段，案件分類為 15(配合 99.01.12 健保醫字第 0990071960 號公告新增)。

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:腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療 (1035.042.01 文字修訂)

~~C9:小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫(102.01.01(含)取消)~~

~~C0:小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(102.01.01(含)取消)~~

~~CA:腦血管後遺症中醫門診照護計畫(99.1 新增) (103.01.01(含)取消)~~

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 試辦計畫(98.01 增訂)。

J9:全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫(1045.042.01 新增 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)

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整合照護試辦整合計畫(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）

N（~~乳癌試辦計畫~~新個案）、C（~~乳癌試辦計畫~~完成個案）、R（~~乳癌試辦計畫~~復發個案）：全民健康保險乳癌醫療給付改善方案 ~~試辦方案~~（90.11 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)

- H1:全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫(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 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫(101.1 增訂)

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

註 21：全民健康保險藥品使用標準碼(96.11.12-修訂日期：106.03.22)

編碼之原則：

- 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。
- 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...)

${}_yW_zD$:每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

MCD_xD_y :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

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

<u>作業方式</u>	<u>作業說明</u>	<u>開立檢驗(查)處方之機構</u>	<u>接受委託執行檢驗(查)之機構</u>	<u>費用申報</u>	<u>門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式</u>
			<u>2.醫院、診所</u>	<u>執行轉檢之醫院、診所</u> <u>(※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))</u>	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>
			<u>3.醫事檢驗機構</u>	<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、基層診所案件得由醫事檢驗機構申報)</u>	<u>執行檢驗之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：</u> <u>填處方服務機構代號</u> <u>p2 醫令調劑方式：3 接受其他院所委託轉檢</u> <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <u>開立處方醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：2 委託其他醫事機構轉檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <u>執行檢驗醫事檢驗機構：</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>d40 案件來源註記：3 轉檢</u> <u>p1 醫令類別：2 診療明細</u>

<u>作業方式</u>	<u>作業說明</u>	<u>開立檢驗(查)處方之機構</u>	<u>接受委託執行檢驗(查)之機構</u>	<u>費用申報</u>	<u>門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式</u>
<u>代檢(免轉檢單)</u>	<u>檢體送檢(病患未至醫院、診所、醫事檢驗機構)</u>	<u>醫院、診所</u>	<u>1.醫院、診所</u>	<u>原開立處方醫院、診所</u>	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢</u> <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <hr/> <u>執行檢驗之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：</u> <u>填處方服務機構代號</u> <u>p2 醫令調劑方式：5 接受其他院所委託代檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u>
			<u>2.醫院、診所</u>	<u>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))</u>	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託及受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <hr/> <u>執行檢驗之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：</u> <u>填處方服務機構代號</u> <u>p2 醫令調劑方式：5 接受其他院所委託代檢</u> <u>p3 醫令類別：2 診療明細</u> <u>p24 委託及受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>

<u>作業方式</u>	<u>作業說明</u>	<u>開立檢驗(查)處方之機構</u>	<u>接受委託執行檢驗(查)之機構</u>	<u>費用申報</u>	<u>門診(或醫事檢驗機構)醫療服務醫令清單格式</u>
			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、基層診所案件得由醫事檢驗機構申報)	<u>開立處方之醫院、診所：</u> <u>d17 轉診、處方調劑或資源共享案件之服務機構代號：N</u> <u>p2 醫令調劑方式：4 委託其他醫事機構代檢</u> <u>p3 醫令類別：4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料</u> <u>p24 委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u> <hr/> <u>執行檢驗醫事檢驗機構：</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>d40 案件來源註記：4 代檢</u> <u>p1 醫令類別:2 診療明細</u>

說明：

- 1.轉檢、代檢項目，以原診治之醫院、診所，依其適用之支付標準表別所列非侵襲性檢查(驗)為限。
- 2.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)。
- 3.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。
- 4.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。
- 5.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)。

「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)

版更日期：107.7.11

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	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	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)- <u>欄位 IDd112(護病比加成點數)</u> + 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IDd112(護病比加成點數)+欄位IDd84(部分負單點數)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IDd112(護病比加成點數)+ 欄位ID d84(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。
△	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。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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)、 <u>7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)</u> 、所有本署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)、 <u>7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)</u> 、所有本署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)- <u>欄位IDd112(護病比加成點數)</u> +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)- <u>欄位 IDd112(護病比加成點數)</u> +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) <u>+欄位 IDt33</u> 。 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。
△	<u>t33</u>	<u>護病比加成點數總計</u>	<u>10</u>	<u>9</u>	<u>為欄位 IDd112之點數加總。</u>

(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	<p>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：</p> <p>1:補報整筆案件</p> <p>2:補報部分醫令或醫令差額【(案件分類5(Tw-DRGs案件)除醫令類別K(全日平均護病比達特定範圍加成)及醫令編號02025B(出院準備及追蹤管理費)外，餘均不適用)】。</p> <p>4:103年DRGs補報專案</p> <p>二、申報類別(欄位IDt5)為1(送核)案件，本欄免填(98.07起適用)。</p>
*	d2	流水編號	6	9	<p>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。</p> <p>二、最小值為1。</p> <p>三、同一醫事服務機構不同院區間費用採合併申報者，本欄位第1碼請依本署各分區業務組協定碼申報。</p>
*	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	<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。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> <p>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。</p>
*	d7	給付類別	1	X	一、參閱申報說明註 13。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>二、給付類別代碼：</p> <p>1:職業傷害 2:職業病 3:普通傷害 4:普通疾病 6:自然生產 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) 8:天災：88年9月起申報類別為「2:補報」者使用。 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 D:週產期論人支付制度試辦計畫 E:全民健康保險氣喘醫療給付改善方案 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)、<u>C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫(106.1.24新增)</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					Y:八仙樂園粉塵爆燃事件 (104.06.27增訂) Z:高雄氣爆事件 (103.07.31增訂)
*	d8	汽機車交通事故 (刪除本項欄位)	1	X	Y:汽機車交通事故 N:非汽機車交通事故或原因不明 參閱申報說明註12
*	d1	案件分類	2	X	一、參閱申報說明註13。 二、健保給付案件代碼： 1:一般案件 2:論病例計酬案件 3:特定案件 (1)住院申報 50 萬元以上之高額案件 (2)血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件 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、急性後期照護 103.01) 5:Tw-DRGs 案件 (99.01)，欄位 IDd18(Tw-DRGs 碼)及欄位 IDd19(Tw-DRGs 支付型態)欄位為必填。 6:安寧療護案件 (98.09)；其他項次參考欄位 IDd7 申報說明，詳註 16。 7:愛滋病確診服藥滿 2 年後案件(106.2.4 新增) 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)： A1:一般案件 A2:論病例計酬案件 A3:特定案件

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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 IDd16)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、<u>C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫</u>者，給付類別(欄位 IDd7)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 IDd7)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> <p>四、協助衛生福利部給付案件代碼 (B1~BZ):</p> <p>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:本署其他規定免部分負擔者」)。</p> <p>五、協助疾病管制署給付案件代碼 (C1~CZ):</p> <p>C1:AIDS 案件:依疾病管制署訂定「人類免疫缺乏病毒檢驗預防治療費用支付手冊」規定</p> <p>【費用年月 103.02.01(含)起刪除】【(費用年月 104.01.01(含)起刪除】</p> <p>C4:無健保結核病患之醫療費用(96 年 7 月 9 日函增訂)</p> <p>案件分類 C4 結核病案件，請詳參疾病管制署「結核病公務預算支付醫療費用作業手冊」規定。</p> <p>六、協助衛生福利部低收入給付案件代碼(D1~DZ):</p> <p>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>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	d10	入院年月日	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、應小於等於費用年月的最後一日。
△	d11	出院年月日	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。
*	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
*	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 3:轉診 4:同一疾病 14 天內再住院，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） 7:同次住院費用依規定切帳申報案件
*	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-DRGs _s 上下限臨界點範圍內者 1:費用高於 Tw-DRGs _s 上限臨界點者 2:費用低於 Tw-DRGs _s 下限臨界點核實申報者 3:無權重之 Tw-DRGs _s 核實申報者

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>4:該 Tw-DRGs 個案<20 核實申報者</p> <p>5:論日支付者【轉歸代碼（欄位 IDd24）為 5(一般自<u>行要求動</u>出院)或 6(<u>安排至其他醫院轉院</u>)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圍內者】</p> <p><u>6:費用高於上限臨界點核實申報者</u></p>
*	d20	主治醫師代碼	10	X	<p>一、參閱申報說明註 14。</p> <p>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。</p> <p>三、詳欄位 IDd3(身分證統一編號)資料說明。</p>
△	d21	DRGs碼	5	X	<p>一、凡屬論病例計酬案件者應依所訂之參考碼填寫。</p> <p>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。</p>
△	d22	外因分類(一) (刪除本項欄位)	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 (刪除本項欄位)
△	d23	外因分類(二) (刪除本項欄位)	5	X	同上。 (刪除本項欄位)
*	d24	轉歸代碼	1	X	<p>一、參閱申報說明註 20 <u>及註 22</u>。</p> <p>二、轉歸代碼： 1:<u>依醫囑治療</u>出院</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>2:繼續住院</p> <p>3:<u>依醫囑出院改本院門診治療</u></p> <p>4:死亡</p> <p>5:一般自<u>行要求動</u>出院</p> <p>6:<u>安排至其他醫院轉院</u></p> <p>7:身份變更</p> <p>8:<u>逾假未歸或不假離院潛逃</u></p> <p>9:自殺</p> <p>0:其它</p> <p>A:病危自動出院</p> <p>B:住院30日內因身分變更切帳申報後，轉為論日支付或代辦之非Tw-DRGs案件</p> <p><u>D:醫院間轉急性後期照護</u></p> <p><u>E:院內轉急性後期照護</u></p> <p><u>F:因療程需要計劃性出院</u></p> <p><u>G:依醫囑出院轉機構照護</u></p> <p><u>H:依醫囑出院並轉介照管中心/長照需求評估</u></p> <p><u>I:依醫囑出院並安排居家醫療</u></p> <p><u>J:依醫囑出院並轉社區精神醫療</u></p> <p><u>K:轉自費身份繼續住院</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<u>三、個案於住院治療，因病情需要有先出院一段時間再入院治療者，請優先選擇代碼F。</u> <u>四、個案狀況同時符合代碼G、H、I者，請優先填報G，次為H，再其次為I。</u> <u>五、個案狀況同時符合代碼E(院內轉急性後期照護)與代碼2(繼續住院)者，請優先填報E。</u> <u>六、醫令代碼(欄位IDp3)為02025B(出院準備及追蹤管理費)，本欄為必填欄位。</u>
*	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d37	次診斷代碼(十二)	9	X	同上。
△	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	d54	次手術(處置)代碼九	9	X	同上。
△	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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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服務給付項目及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+欄位IDd112點數。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+欄位 IDd112 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+欄位 IDd112 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(或未出院)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)+欄位IDd112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

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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)。
△	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。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	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)。
△	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，

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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	<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、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)。</p>

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="1256 820 1671 1353"> <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 (C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、C96.A、C96.Z、09A.1、Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08140.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 (D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6235.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 (D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9996.8X、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(B20042)、凝血因子異常(D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4、286.0、286.3、286.7) 案件</p> <p>5:主或次診斷為行政院衛生福利部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 者欄位 IDd111「試辦計畫」欄位代碼 1、2、3、4、5、6 或醫令代碼 P4401B、P4402B、P4403B)</p> <p>7:住院超過 30 日之個案(急性病床天數+慢性病天數>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或非健保給付案件改健保給付案件一)</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</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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(或未出院)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> <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；如保險對象繼續住院者，「出院年月日」欄位免填，「轉歸代碼」欄位應填報 2 (繼續住院)】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 39-655A15223)者</p> <p>G:原應屬 Tw-DRGs 範圍暫以論量計酬方式申報者</p> <p>H:次要手術為尚未納入健保給付者</p> <p>J:執行搏動氣球植入術(費用年月 103.07 增訂)</p> <p>K:已於第一階段實施之部分高危險生產疾病 (費用年月 103.07 增訂)</p> <p>L:骨盆腔多器官重建手術之個案 (費月年月 104.01.01 增訂)</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					M:HTA診察費等論量申報(有HTA項目應填報本項註記，費用年月104.02.15增訂) N:同次住院多胎生產，一胎自然產，其餘胎數非自行要求改以剖腹產，以論量計酬方式申報(105.03.01增訂)
△	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 (刪除本項欄位)	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、申報醫令代碼為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」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。 三、本欄請填保險對象進入急診室之時間。
△	d106	急診治療結束時間 (刪除本項欄位)	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、申報醫令代碼為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」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。 三、本欄請填保險對象離開急診室之時間。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	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，請填保險對象轉入依轉診單之轉入服務機構代號填入。
△	d108	轉出往之醫事服務機構代號	10	X	欄位IDd24(轉歸代碼)為代碼6(安排至其他醫院轉院)、D(醫院間轉急性後期照護)者，本欄請填保險對象轉往之服務機構代號
△	d109	實際提供醫療服務之醫事服務機構代號	10	X	1.請填衛生福利部編定之醫事機構代碼。 2.不同醫事服務機構代號間醫療費用採合併申報者，本欄為必填欄位。
△	d110	醫療服務計畫	1	X	代碼說明： K:收容對象醫療服務計畫(本代碼由IDd7「給付類別」欄位移列)。
△	d111	試辦計畫	1	X	代碼說明： 1:提升全民健康保險急性後期整合照護品質試辦計畫-腦中風(106.06.26修訂) 2:全民健康保險急性後期整合照護計畫-燒燙傷(106.06.26增訂) 3:全民健康保險急性後期整合照護計畫-創傷性神經損傷(106.06.26增訂) 4:全民健康保險急性後期整合照護計畫-脆弱性骨折(106.06.26增訂) 5:全民健康保險急性後期整合照護計畫-心臟衰竭(106.06.26增訂) 6:全民健康保險急性後期整合照護計畫-衰弱高齡(106.06.26增訂)
*	d112	護病比加成點數	8	9	一、醫令類別 K (全日平均護病比達特定範圍加成) 點數加總。 二、若為 0，則填 0。

(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</p> <p>2:診療明細</p> <p>3:特殊材料</p> <p>4:不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料(參閱註18)</p> <p>7:代檢及轉檢</p> <p>8:器官捐贈</p> <p>A:Tw-DRGs醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001，且案件分類應為5。</p> <p>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」。</p> <p>C:急診治療起迄時間</p> <p>D:被替代之健保給付特材項目</p> <p>E:自費特材項目-未支付</p> <p>F:自費特材項目-不符給付規定</p> <p>G:專案支付參考數值</p> <p>H:醫療科技評估(HTA)自費診療項目(104.02.15 新增)</p> <p><u>K:全日平均護病比達特定範圍加成</u></p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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）。</p> <p>B、Z 之醫令類別應同時存在。</p> <p>Y：器官捐贈來源之資訊，醫令代碼必為「Y00000」。</p> <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*或 CBA02 開頭且點數清單段欄位 IDd45~欄位 IDd64 處置碼需有一為 3761。(103.07.01 改以「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」代碼 J(執行搏動氣球植入術)申報。</p> <p>(23)醫令代碼為 57114C、57115C、57116B 者,MDC 必為 14。</p> <p>(34)該點數並依支付標準之各部章節</p> <p>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物給付項目及支付標準編碼或醫療服務給付項目及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-DRGs 支付內容「A00000~A00006」，每一個案均應申報：</p> <p>(1) A00000:相對權重 RW。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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> <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>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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> <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:</p> <p>A50000:CMI 值無加成「0」。</p> <p>A50001:CMI 值大於 1.1,小於等於 1.2 加成。</p> <p>A50002:CMI 值大於 1.2,小於等於 1.3 加成。</p> <p>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:</p> <p>(1) A60000:無山地離島加成。</p> <p>(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:</p> <p>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+</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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~C00004」每一個案均應申報其中之一:</p> <p>(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)</p> <p>(2) C00001:上限臨界點為 A00006 者。</p> <p>(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)。 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」。 A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。 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>(5) C00004:無上限臨界點但有相對權重案件,請填「0」。(費用年月 103.07.01 新增)</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>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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 (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 (3)E00002 費用低於下限臨界點核實申報者=A00004 醫療服務點數 (4)E00003 無權重之 Tw-DRGs 核實申報者=A00004 醫療服務點數 (5)E00004 該 Tw-DRGs 個案<20 核實申報者=A00004 醫療服務點數 (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」。 (2)H00011~ H00013:不得加計額外點數者,請填「0」。 A.H00011:實際醫療費用點數(A00004)低於等於下限臨界點(A00003)者。 B.H00012:實際醫療費用點數(A00004)小於等於 Tw-DRGs 定額(B00000)者。 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。 (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</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<p>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> <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)「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。</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>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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)、深層前角膜移植(85215B)、角膜內皮移植(85216B)、角膜內皮移植（使用已分離之角膜；85217B）者，應填報器官捐贈來源資訊Y00000之醫令。</p> <p>15.自費特材點數申報：</p> <p><u>16.J00001:所有醫令類別D（被替代之健保給付特材項目）之點數加總。</u></p> <p><u>17.醫令代碼ISS（外傷嚴重度分數）之醫令類別填報G(專案支付參考數值)，另 p11欄位為必填欄位。</u></p> <p><u>四、虛擬醫令代碼903(同次住院由新生兒依附註記方式就醫，改以非依附註記方式就醫之費用拆2筆以上申報案件)，第2筆申報案件應填報p12「切帳前筆資料」，本項虛擬醫令請以醫令類別G（專案支付參考數值）填報。</u></p>
*	p4	支付成數	<u>3</u> <u>6</u>	X	<p>1.本欄表示全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表規定之診療項目有加成或折扣者，按成數填報，<u>整數3位，小數點需填報</u>，取至小數點下二位，第三位四捨五入<u>即999.99</u>(如:加二成請輸入120.<u>00</u>,無加成為100.<u>00</u>,打八折為080.<u>00</u>)。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)、G(專案支付參考數值)、Y(器官捐贈來源之資訊)，則本欄請填「000.<u>00</u>」。</p> <p>2.醫令類別 H【(醫療科技評估(HTA)自費診療項目)】者，本欄請填 100.<u>00</u>（無加成）。</p>