

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	p5	藥品用量	7	9	<u>一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。</u> <u>二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。</u>
△	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、 <u>藥品</u> 等項目此欄為必填欄位。
△	p7	給藥途徑/作用部位	4	X	<u>一、依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。</u> <u>二、若醫令為藥品時，本欄為必填欄位。</u>
△	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	若醫令為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準病房費之編號、05216K、05217A、05218B【住院藥事服務費單一劑量處方(天)】，則本欄為必填欄位，並請填載保險對象實際入住之病床號。
△	p10	診療之部位	618	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。 二二 、醫令代碼為 36006B、36009B、36010B、36011B、36012B、36013B、37007B、37008B、37010B、37011B、37018B、37019B、37028B、37029B(直線加速器放射診療項目)者，本欄位為必填欄位，並請依下述註記擇一填報。 C:治療癌症(根治性放療)。 P:緩解症狀(姑息性放療)。 <u>三、醫令代碼為 83079B(高頻熱凝療法)者，本欄為必填欄位，請依註 19 規定填報。</u>
△	p11	Tw-DRGs計算	13	9	一、若醫令類別為 A(Tw-DRGs)醫令代碼必為 A00000~F00001、H00000~H00032、J00001，

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					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。 <u>三、醫令代碼 ISS, 本欄為必填欄位。</u>
△	p12	切帳前筆資料	21	X	一、醫令代碼為 G00000、 <u>903</u> 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: (一) 捐贈者為本國國民身分證號或臺灣地區居留證或外僑居留證或遊民者: 境內捐贈 (第 1 碼填 0) / 捐贈院所代號 (第 2-11 碼) / 捐贈日期 (第 12-18 碼) / 捐贈者 ID (第 19-28 碼)。 (二) 捐贈者非二(一)者: 境內捐贈 (第 1 碼填 2) / 捐贈院所代號 (第 2-11 碼) / 捐贈日期 (第 12-18 碼) / 捐贈者護照 (第 19-28 碼; 護照碼 > 10 碼者, 取前 10 碼填報)。 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	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, 不足位者前請補 0。例如 6 分鐘, 為 06。

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					<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」編號之手術費（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），須填寫至時分欄位；若醫令為病房費（第二部第一章第三節）、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）、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，本欄比照二之復健治療項目填至年月日。</p> <p>四、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成HTA評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄應填至時分。</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」編號之手術費（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），須填寫至時分欄位；若醫令為病房費（第二部第一章第三節）、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）、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，本欄比照二之復健治療項目填至年月日。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					四、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄應填至時分。
*	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-DRGs 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)、G(專案支付參考數值)，本欄請填 0。</p> <p>三、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄請核實填報。</p> <p>四、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-DRGs 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)、G(專案支付參考數值)，本欄請填 0。</p> <p>三、醫令代碼為「醫療科技評估(HTA)期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付診療項目」者，本欄請核實填報。</p> <p>四、若資料為 0，則填 0。</p>
*	p18	點數	8	9	<p>一、總量乘單價，並加成計算，四捨五入取整數。</p> <p>二、若醫令類別為 A(Tw-DRGs 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)、G(專案支付參考數值)，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
△	p19	事前審查受理編號	13	X	<p>一、請填事前申請書之受理編號。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
△	p20	執行醫事人員代號	10	X	<p>一、申報之醫令代碼為麻醉、<u>手術或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居家照護師執行之項目</u>、18005C、18006C、18033B、18037B、18041B、18043B、18044B、19001C、19002B、19003C、19004C、19005C、19007B、19008B、19009C、19010C、19011C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21010C、23503C、23504C、23506C、28040B、28041B、28042B、28043B、28044B、28016C，本欄為必填欄位。</p> <p>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。</p>
△	p21	影像來源	1	X	<p>一、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號 P2101C、P2102C、P2103C、P2104C、P2105C、P2106C、P2107C、P2108C 者，本欄為必填欄位。</p> <p>二、影像來源代碼如下：</p> <p>1:複製片-<u>由原檢查醫院提供</u></p> <p>2:PACS</p> <p>3:行政院衛生福利部全國醫療影像交換中心</p> <p><u>4:複製片-由病患自費取得提供</u></p> <p>9:其他</p>
△	p22	就醫科別	2	X	<p>一、請依申報說明註 5 規定填寫。</p> <p>二、不足位者前補 0，如婦產科，為 05。</p>

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					三、同日多科就醫案件，本欄為必填欄位。
△	p23	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 及 F，本欄為必填欄位。
△	p24	<u>未列項註記</u>	1	X	<u>一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</u> <u>二、依上述規定申報未列項目之醫療費用，本欄位為必填欄位，另本欄位有值者，欄位 IDp25「未列項名稱」欄位為必填欄位。</u> <u>三、未列項註記代碼：</u> <u>1:技術困難度比照。</u> <u>2:支付點數比照。</u>
△	p25	<u>未列項名稱</u>	100	X	<u>欄位 IDp24「未列項名稱」欄位有值者，本欄為必填欄位，填報方式如下：</u> <u>一、醫學上統一認定/常用/共識等縮寫名稱者，請以英文大寫之縮寫名稱填報，非前述者，請以英文小寫填報。</u> <u>二、同院所同一未列項目，本欄位應一致。</u> <u>三、同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。</u>
△	P26	<u>委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號</u>	10	X	<u>欄位 IDp2「醫令類別」欄位代碼 7（代檢及轉檢）者，本欄為必填欄位</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，105 年 1 月 1 日(含；費用年月)起(「申報期間-迄」欄位填報值)，以 ICD-10-CM/PCS2014 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)、行政協助無健保結核病患之醫療費用(協助疾病管制署辦理項目 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:本署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:國健署列管之第一代多氯聯苯(油症)患者(100.10.01 增訂；協助國民健康署辦理項目)
- 代碼 902：協助衛生福利部辦理三歲以下兒童醫療補助計畫（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）(協助衛生福利部辦理)。
- 代碼 904：行政協助愛滋病案件（95.3 增訂；協助疾病管制署辦理項目）。
- 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)起適用】。

(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 94 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 48 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（1A）（2B）情形者，屬本署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）」欄位，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	AK:老人醫學科(費用 年月 104.05.01 起新增)	

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:自費用年月 106 年 7 月 1 日起，凡屬繼續住院案件，除住院期間保險對象投保身分變更、30 天內急性腦血管疾病符合重大傷病、因適用支付標準項目或方案試辦計畫、涉總額結算費用歸屬及精神疾病嚴重病人強制住院等案件外，其醫療費用每次申報日數上限以為 92 日兩個月（含）以上為申報一次為原則，不足二 92 日個月之案件，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:特約院所申報案件「主診斷代碼」欄位之填報值第一碼為 S 或 T (Injury、Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes) 者,則「次診斷代碼」欄位同時應有 External Cause of Morbidity 之任一編碼,前述不適用代碼 T17-T18、T36~T65、T67-T78、T88.7。

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」。
衛生福利部	代碼 B1~BZ: B1: 精神病嚴重病人送醫及強制住院案件	009: 本署其他規定免部分負擔者	IC08: 行政協助精神病患者強制住院	病患來源應為「S」

疾病管制署	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 042B20 或 V08_Z21
-------	-------------------------	---------------	--	--

(2)其他代碼:

~~IC89:符合無力繳納保費者(88.2 增訂)。106.06.01 廢止~~

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		1820 歲以下兒少(依 99.12.06 健保醫字第 0990081857 號函新增) 106.10.05 廢止
C003		弱勢民眾安心就醫方案-懷孕婦女例外就醫-106.10.05 廢止
D000	D001	醫療資訊系統(HIS)當機

D010	D011	醫療院所電腦故障
E000		健保署資訊系統當機
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)服務機構經本署分區業務組輔導後，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，經本署分區業務組同意後，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)

一、欄位內容說明

第 1 碼：區域碼(A~Z)

第 2 碼：性別

證件名稱	男	女
國民身分證	1	2
臺灣地區居留證	A	B
外僑居留證	C	D
遊民	Y	X

第 3~9 碼：流水號

第 10 碼：檢查碼

二、區域碼轉成對應之二碼數字

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
10	11	12	13	14	15	16	17	34	18	19	20	21	22	35	23	24	25	26	27	28	29	32	30	31	33

三、檢查號碼計算規則

1. 第 1 碼依據上表轉換成二碼數字，第 2 碼若為英文字母（外籍或遊民）則依據上表轉換成二碼數字後取尾數。
2. 轉換後之數字，每一位數分別乘以特定數 1987654321，並取其相乘後之個位數相加 3. 若相加後之尾數=0，則檢查碼=0；尾數≠其他，則檢查碼=10-尾數

四、範例說明

1. 本國人 A123456789（9 為正確之檢查碼）

$$\begin{array}{r}
 \text{A} \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7 \quad 8 \\
 \downarrow \\
 1 \quad 0 \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7 \quad 8 \\
 * \quad 1 \quad 9 \quad 8 \quad 7 \quad 6 \quad 5 \quad 4 \quad 3 \quad 2 \quad 1 \quad (\text{特定數}) \\
 \hline
 1 \quad 0 \quad 8 \quad 4 \quad 8 \quad 0 \quad 0 \quad 8 \quad 4 \quad 8 \quad (\text{取個位數，不進位}) \\
 \\
 1+0+8+4+8+0+0+8+4+8=21 \\
 \text{檢查碼}=10-1=9
 \end{array}$$

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
檢查碼=10-1=9

註 15：本署協助衛生福利部疾病管制署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。本署行政協助衛生福利部國民健康署辦理該署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服務給付項目及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
	64164B	全膝關節置換術	L:左側
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	R:右側
	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	L:左側
	86011C	人工水晶體植入術—第一次植入	B:雙側
	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	

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
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 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 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。
	33071B	有造影劑-全身型	
	33072B	有/無造影劑-全身型	
磁振造影	33084B	無造影劑	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 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。
	33085B	有造影劑	
正子造影	26072B	全身	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 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。
	26073B	局部	
<u>高頻熱凝療法</u>	<u>83079B</u>		O:其他 <u>B:薦椎</u> <u>D:周邊神經</u> 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。

項目	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
藥物	KC00879205	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	R:右側
	KC00990288	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	L:左側
	KC008792FM	RANIBIZUMAB-注射劑1.65-3MG	B:雙側
	K000938248	AFLIBERCEPT-注射劑2.00MG	
	KC00936248	AFLIBERCEPT-注射劑2.00MG	
	BC23479235	VERTEPORFIN-注射劑-15MG	
	BC23560200	DEXAMETHASONE-眼內植入劑-0.7MG	
	FAV02PERFR1Z	佛朗惜眼補眼卡液	
	FAV02PERFRA1	愛爾康普弗隆液	
	FAV03SL1258A	阿拉美迪眼用純矽油	
	FAV03SLRS77A	阿基米矽利康油及其配件	
	FAV03SLS571Z	佛朗惜眼補利服矽油	

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。

註 21:同醫院急診當次轉住院案件，原則分開申報，該筆急診案件以門診醫療費用申報格式申報，惟 DRG 案件由醫院依急診之診療項目與住院之 DRG 相關性(如下列)辦理，合併於住院案件申報或分開於門診案件申報。

(1)當次急診之診療項目如全部與 DRG 無關，以門診醫療費用點數申報格式申報。

(2)當次急診之診療項目如部分與 DRG 相關，與 DRG 相關之診療項目併住院申報，其餘以門診醫療費用點數申報格式申報。

(3)當次急診之診療項目如全部與 DRG 相關，併住院申報。

註 22:轉歸代碼之代碼說明:

<u>代碼</u>	<u>適用說明</u>
<u>1:依醫囑出院</u>	<u>個案依醫囑出院，費用申報醫院未有安排個案後續門診追蹤情況適用。</u>
<u>F:因療程需要計劃性出院</u>	<u>1.個案因診治需要，於本次出院時，醫院已安排下次入住醫院時間。如個案於 106 年 10 月 12 日因治療暫告完成，出院時已安排個案 107 年 1 月 2 日再度入院治療者，則出院轉歸代碼填本項代碼。</u> <u>2.個案因診治需要，本次出院雖暫入住機構，但已安排再度住院時間者。</u>

註 23:全民健康保險藥品使用標準碼(~~106.04~~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...)

yWzD:每 y 星期使用 z 天(y、z=1,2,3...)

MCDxDy: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

IPL:胸膜內注射

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)

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

住院醫療服務點數清單--範例

欄位 ID	範例	住院總日數<0天之TW-DRG案件							範例8-1			範例8-2					
		範例1	範例2	範例3	範例4	範例5	範例6	範例7	未出院		部分直接代碼改變切帳申報						
		0	1	2	3	4	5	0	非TW-DRG案件	0	非TW-DRG案件	0	非TW-DRG案件				
d2	服務機構代號	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心	醫學中心
d3	費用年月	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601	09601
d4	部分負擔代號	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001	000001
d6	出生年月日(新生兒依附收單d100、d101項次必填)	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125	0390125
d1	案件分類	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
d10	入院年月日	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101
d11	出院年月日	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121
d12	申報期間一起	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101	0960101
d13	申報期間一起	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121	0960121
d14	急性病床天數	0	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
d15	慢性病床天數	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d18	TW-DRGS碼(案件分類為"5"者本欄必填)	35901	35901	35901	49502	10301	35901	35901	35901	35901	35901	35901	35901	35901	35901	35901	35901
d19	TW-DRGS支付型態(案件分類為"5"者本欄必填)	0	1	2	3	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d24	轉歸代碼	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
d45	手術(處置)	轉歸代碼5或6,且A0005住院天數低於A0002幾何平均住院天數,且A00004醫療服務點數在上,下限歸併點範圍內者,應以"論日"申報,不應以其他支付型態申報															
d85	醫令總數	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
d86-d82(17項)	診察費點數-嬰兒費	77025	120000	20000	500000	500000	77025	97025	32746	10	38	22					
d83	醫療費用點數	77025	120000	20000	500000	500000	77025	97025	32746	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)	57842(入出院室部含Z之核實醫令)
d84	部分負擔	7703	12000	2000	26000	26000	7703	9703	3275	0(本次收取)	0(本次收取)	0(本次收取)	0(本次收取)	0(本次收取)	0(本次收取)	0(本次收取)	0(本次收取)
d85	申請費用點數	74794	91481	19570	475570	475570	34330	92794	0	79222	56137						
		(醫令F000000或F00001)-欄位ID d84+欄位ID d112															
d86	醫療費用點數(急性病床1-30天)	77025	120000	20000	500000	500000	77025	97025	32746	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112	F00000-G00001-欄位ID d84+欄位ID d112
d87	部分負擔點數(急性病床1-30天)	7703	12000	2000	26000	26000	7703	9703	3275	25096(本次)	25096(本次)	25096(本次)	25096(本次)	25096(本次)	25096(本次)	25096(本次)	25096(本次)
d88	醫療費用點數(急性病床31-60天以上)									2510(本次)	2510(本次)	2510(本次)	2510(本次)	2510(本次)	2510(本次)	2510(本次)	2510(本次)
d89	部分負擔點數(急性病床31-60天以上)									10000(本次)	10000(本次)	10000(本次)	10000(本次)	10000(本次)	10000(本次)	10000(本次)	10000(本次)
d100	依附就醫新生兒出生日期									2000(本次)	2000(本次)	2000(本次)	2000(本次)	2000(本次)	2000(本次)	2000(本次)	2000(本次)
d101	依附就醫新生兒胎前註記																
d112	重症監護點數	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570	1570
d134	不適用TW-DRGS案件特殊註記	本欄所有案件分類與應填 本欄註記9者轉歸代碼必為7或2或切帳註記必為02															

詳見資料係屬虛擬費用,住院天數,年錄與TW-DRGS碼,DRG無關聯性

項目	P1醫令序號	P2醫令類別	P3醫令代碼	資料名稱	Tw-DRG碼						範圍內	範圍外	每日	Tw-DRGs支付連則得另行核實申報之項目，其點數不得計入總則六所稱實際醫療服務點數計算，請依計價之醫令方式申報						
					範圍1	範圍2	範圍3	範圍4	範圍5	範圍6										
實際醫療費用醫令	99	X	GBA01***** KC008*****	植入HAR(heart-aortic-balloon-pump)主動脈瓣氣球幫浦)之特殊材料生物製劑	p11 Tw-DRG計算						20000	20000	0	100927	100927					
					Tw-DRG計算															
					100	A	A00000	相對權重率	2.0057	2.0057						2.0057	0	21.2193	2.0057	2.0057
					101	A	A00001	標準給付額SPR	37325	37325						37325	37325	37325	37325	37325
					102	A	A00002	該Tw-DRG幾何平均住院日	4	4						4	0	21	4	4
					103	A	A00003	該Tw-DRG下限臨界點	48265	48265						48265	0	86864	48265	48265
					104	A	A00004	醫療服務點數	77025	120000						20000	500000	500000	77025	77025
					105	A	A00005	該種藥劑單住院天數	20	20						20	20	20	2	20
					106	A	A00006	該Tw-DRG上限臨界點	93770	93770						93770	0	1150012	93770	93770
					107	A	A10001	基本醫療加成「A10000-A10003」	0.071	0.071						0.071	0.071	0.071	0.071	0.071
各項加成率	108	A	A30000	兒童加成	0	0	0	0	0	0	0									
	109	A	A30003	「A20000-A40003」非MDC15外科系>2歲<6歲兒童加成	0	0	0	0	0	0	0									
	110	A	A50001	CM1加成率「A50000-A50003」	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01									
	111	A	A60000	山地種島加成	0	0	0	0	0	0	0									
	112	A	B00000	Tw-DRG支付定額	80927	80927	80927	0	856163	80927	80927									
支付定額本案適用之臨界點	113	A	C00000	無上限臨界點	93770	93770	93770	0	1150012	93770	93770									
	113	A	C00002	上限臨界點以Tw-DRGS支付定額(B00000)計算	93770	93770	93770	0	1150012	93770	93770									
	113	A	D00000	無邊際成本	0	0	0	0	0	0	0									
	113	A	D00001	邊際成本	0	20984	0	0	0	0	0									
Tw-DRGs支付點數	114	A	E00000	費用高於上限臨界點者支付點數=B00000支付定額+D00001邊際成本	80927							80927								
					E00001	費用低於下限臨界點者支付點數=A00004醫療服務點數		101911												
					E00002	無權重之DRGs核實申報=A00004醫療服務點數			20000											
					E00004	該DRG個案<20核實申報=A00004醫療服務點數				500000			500000							
實際支付點數(申報醫療點數)	115	A	F00000	每日支付者=B00000支付定額÷A00002該DRG幾何平均住院日×A00005該個案住院醫療服務點數清單第19+20項次之委償性病床天數。	80927	101911	20000	500000	500000	40464	40464	100927								
					F00001	Tw-DRG實際支付點數(申報醫療點數)=E00002或E00003或E00004+醫令類別X之點數														

1. 本表Tw-DRGs各醫令之值為虛擬，以本場公告內容為主
 2. 實際醫療費用之醫令，醫令清單各項次仍依規定申報，並編17項費用
 3. 所有醫令均應填執行起迄日期
 4. 申報兒童加成者之年齡=入院年月-欄位ID6出生年月日或欄位ID100來附就醫新生兒出生年月日

未出院-切順時住院日數<30天-非TW-DRG案件							
P1 醫令 序	P2 醫令 類別	P3 醫令 代碼	資料名稱	P11TW-DRG計算 P12切帳前年資料	P16 醫令 總量	P17 醫令 單價	P13 醫令 點數
1	2	02017K			10	455	4550
2	2	03009K			10	1066	10660
3	2	03034A			10	1599	15990
4	2	08011C			1	200	200
5	2	32001C			1	200	200
6	2	47002C			4	40	160
7	3	NCS010003P			1	2	2
8	1	A005886209			5	20	100
9	1	A010069277			2	22	44
10	2	05216K			10	84	840

32746

範例20-2-1

範例20-2-2、20-2-3

出院

住院總日數<30天之TW-DRG案件

住院總日數<30天之非TW-DRG案件

P1 醫令 序	P2 醫令 類別	P3 醫令 代碼	資料名稱	P11TW-DRG計算 P12切帳前年資料	P16 醫令 總量	P17 醫令 單價	P13 醫令 點數	P1 醫令 序	P2 醫令 類別	P3 醫令 代碼	資料名稱	P11TW-DRG計算 P12切帳前年資料	P16 醫令 總量	P17 醫令 單價	P13 醫令 點數
1	2	02006K			10	293	2930	1	2	02006K			10	293	2930
2	2	03001K			10	512	5120	2	2	03001K			10	512	5120
3	2	03026K			10	436	4360	2	2	03026K			10	436	4360
4	2	08006C			1	40	40	2	2	08006C			1	40	40
5	2	33085B			1	11500	11500	2	2	33085B			1	11500	11500
6	2	47002C			4	40	160	2	2	47002C			4	40	160
7	3	NCS010003P			1	2	2	3	3	NCS010003P			1	2	2
8	1	A005886209			5	20	100	1	1	A005886209			5	20	100
9	1	A010069277			2	22	44	1	1	A010069277			2	22	44
10	2	05216K			10	84	840	2	2	05216K			10	84	840
11	2	02017K			10	455	4550	11	2	02017K			10	455	4550
12	2	03009K			10	1066	10660	12	2	03009K			10	1066	10660
13	2	03034A			10	1599	15990	13	2	03034A			10	1599	15990
14	2	08011C			1	200	200	14	2	08011C			1	200	200
15	2	32001C			1	200	200	15	2	32001C			1	200	200
16	2	47002C			4	40	160	16	2	47002C			4	40	160
17	2	NCS010003P			1	2	2	17	2	NCS010003P			1	2	2
18	2	A005886209			5	20	100	18	2	A005886209			5	20	100
19	2	A010069277			2	22	44	19	2	A010069277			2	22	44
20	2	05216K			10	84	840	20	2	05216K			10	84	840
21	B	G00000	部分負擔代碼後已切帳中之個案單據	09601109602201-000001				21	B	G00000	部分負擔代碼後已切帳申之個案單據	09601109602201-000001			
22	B	G00001	已收帳之部分負擔		3275			22	B	G00001	已收帳之部分負擔		3275		
23	A	A00000	抽針權單據		2,0057			23	K	03026K			10	436	392
24	A	A00001	檢查針劑單據		37325										
25	A	A00002	註TW-DRG後序平均住院日		4										
26	A	A00003	註TW-DRG千個單點		48265										
27	A	A00004	醫療服務單據		57842										
28	A	A00005	註個案清單生成支數		20										
29	A	A00006	註TW-DRG上限單點		93770										
30	A	A10001	基本診費加成		0.071										
31	A	A30000	非ICD15外科系無加成		0										
32	A	A50001	CHI加成率		0.01										
33	A	A60000	山地離島加成		0										
34	A	E00000	DRG支付定額		80927										
35	A	C00001	上段單點		93770										
36	A	D00000	無理際成本		0										
37	A	E00000	費用在上段單點單據範圍內者		80927										
38	A	F00000	註-DRG單據支付定額(中區醫療單據)		80927										
39	K	03026K													

說明：論證醫令代碼內容、TW-DRG 醫令代碼146TW-DRG之值系屬虛擬

P. 3

(假設護病比加收率為9%)

變更申報格式修正增修欄位說明表—門診

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
總表段	t31	預防保健申請件數	資料說明欄增加「DF」等字	本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函	104.09.17(就醫日期)起新增	
			修正D2內文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函		
	t32	預防保健申請點數	同上	同上		
	t33	慢性病連續處方調劑申請件數	資料說明欄增加「E3」等字	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起新增	
t34	慢性病連續處方調劑申請點數	同上	同上	同上		
點數清單段	d1	案件分類	修正案件分類代碼D2(行政協助流感疫苗及兒童常規疫苗接種)文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函		
			新增案件分類代碼DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)	本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函	104.09.17(就醫日期)起新增	
			新增案件分類代碼E2(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、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)	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起新增	
	d10	治療結束日期	「代(轉)檢」文字統一改為「轉(代)檢」	一致書寫方式		
	d13	整合式照護計畫註記	新增代碼N(燒燙傷-急性後期計畫)	本署104年9月9日健保醫字第1040033808號書函	104.09.09(費用年月)起實施	
			新增代碼F(醫院以病人為中心門診整合照護計畫之重大傷病或罕病患者罹患2種以上疾病之整合模式)、G(罕病或重大傷病整合門診-同診間多科醫師共同照護)	本署104年12月23日健保醫字第1040014099號公告修訂	105.01.01(費用年月)起新增	
			新增代碼I(腦中風-急性後期計畫)、3:創傷性神經損傷-急性後期計畫、4(脆弱性骨折-急性後期計畫)、5(心臟衰竭-急性後期計畫)、6(衰弱高齡-急性後期計畫)	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.07.01(費用年月)起實施	
			A、B、D、E、F之中文說明刪除「試辦」兩字，K、L、M中文說明，統一修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫之」等文字	統一計畫名稱		
	d14	給付類別	新增代碼D:起雲劑	D(起雲劑)為完備申報資料，該代碼於100年6月2日新增在案	100.06.02(費用年月)起新增	
			新增代碼Y:八仙樂園粉塵暴然事件	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.06.27(費用年月)起新增	
d15	部分負擔代碼	「代(轉)檢」文字統一改為「轉(代)檢」	一致書寫方式			
		新增說明四「案件分類E2、E3請填904(行政協助愛滋病案件)」	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起新增		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
點數清單段	d16	轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記	資料名稱改為「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄說明二刪除註記代碼3(本次就醫處方有轉檢者)、4(本次就醫處方有代檢者)、5(本次申報為受理他服務機構轉檢項目)及6(本次申報為受理他服務機構代檢項目)			
			資料說明欄說明二修正註記代碼7及8之文字	本署103年8月21日健保醫字第1030009447號函，資源共項已納入支付標準		
			資料說明欄說明三新增註記代碼： 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)之轉診) G5(西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療之轉診) G9(全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之轉診) 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)之轉診) FT(牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫-社區醫療站之轉診) JA(收容對象醫療服務計畫-矯正機關內門診之轉診) 新增說明三文字「C6、G5、G9、F3、FT、JA限由原院所於計畫區執行醫療服務轉回原院所時填寫」，並移項次	本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函，配合山地離島等地區轉診規定	106.10.18(費用年月)起適用	
	d17	轉診(檢)、代檢或處方調劑案件之服務機構代號	資料名稱改為「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄刪除說明四、五及九，並移項次			
			慢性BC型肝炎治療刪除「試辦」兩字	修正文字		
			新增說明八	本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函，配合山地離島等地區轉診規定		
	d18	病患是否轉出	修改資料說明欄說明二規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d19	國際疾病分類碼(一)	資料名稱修改為「主診斷代碼」	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
	d20	國際疾病分類碼(二)	資料名稱修改為「次診斷代碼(一)」	同上	同上	
	d21	國際疾病分類碼(三)	資料名稱修改為「次診斷代碼(二)」	同上	同上	
	d22	國際疾病分類碼(四)	資料名稱修改為「次診斷代碼(三)」	同上	同上	
	d23	國際疾病分類碼(五)	資料名稱修改為「次診斷代碼(四)」	同上	同上	
	d29	就醫序號	「代(轉)檢」文字統一改為「轉(代)檢」	一致書寫方式		
d30	診治醫事人員代號	同上	同上			

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
點數清單段	d31	藥師代號	同上	同上		
	d43	行政協助項目部分負擔點數	免部分負擔代碼新增907	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起新增	
			案件分類為B7(行政協助門診戒菸)且免部分負擔代碼007者，填寫應收部分負擔點數	釐清規範		
	d44	慢性病連續處方箋有效期間總處方日份	資料說明欄一、二增修填報規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理		V
	d46	急診治療起始時間	刪除欄位	同上	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d47	急診治療結束時間	刪除欄位	同上	同上	V
	d52	特定地區醫療服務	資料說明欄新增代碼03	配合肝炎治療計畫新增代碼	107.04.01(費用年月)起適用	
	d53	支援區域	資料說明欄新增說明一代碼03，新增說明二文字	配合肝炎治療計畫新增代碼及說明	107.04.01(費用年月)起適用	
	d55	轉往之醫事服務機構代號	新增欄位	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
d56	原處方就醫序號	新增欄位	同上	同上	V	
醫令清單段	p2	醫令調劑方式	資料說明欄第一項增修代碼2、3、4、5	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄新增第三項醫令類別為3特殊材料之填報說明			
			資料說明欄移動項次四至五，並新增說明文字「醫令調劑方式代碼為2、3、4、5者，欄位IDp24【委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號】為必填欄位」			
			新增說明六文字			
	p3	醫令類別	說明二文字新增R004	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.10.28(費用年月)起適用	
	p4	藥品(項目)代號	修改說明欄第二項、第三項R001、R002文字	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.10.28(費用年月)起適用	
			資料說明欄第三項增修文字並新增虛擬醫令代碼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，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查)			
	p5	藥品用量	資料說明欄修改文字	一致書寫方式		
p6	診療之部位	長度由6修改為18	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01(費用年月)起適用	V	
		修正說明二文字，新增說明四「醫令代碼83079B(高頻熱凝療法)者，本欄為必填欄位」文字				
p10	總量	資料說明欄新增說明三文字新增R004	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.10.28(費用年月)起適用		
p12	點數	資料說明欄新增說明三文字新增R004	同上	104.10.28(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位	
醫令清單段	p14	執行時間-起	資料說明欄第二項...若醫令為3018A、3019B、...，修改為03018A、03019B	修正文字			
			資料說明欄第二項...增加醫令03073A、03074B、03075A、03076B	衛生福利部106年9月30日衛部保字第1061260461號令	106.10.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「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之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.06.26(費用年月)起適用		
			資料說明欄第四項文字增修	釐清規範			
			資料說明欄新增第七項文字「中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0」	本署104年5月26日健保醫字第1040080481號書函	104.06(費用年月)起適用		
			資料說明欄新增第八項文字，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。	本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函 本署106年6月3日健保醫字第1060080748號函 本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函	醫院層級以上106.07(費用年月)起適用；基層診所 106.12(費用年月)起適用		
	p15	執行時間-迄	資料說明欄第二項...若醫令為3018A、3019B、...，修改為03018A、03019B	修改文字			
			資料說明欄第二項...增加醫令03073A、03074B、03075A、03076B	衛生福利部106年9月30日衛部保字第1061260461號令	106.10.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「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之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用		
			資料說明欄第二項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.06.26(費用年月)起適用		
			資料說明欄第四項文字增修	釐清規範			
			資料說明欄新增第七項文字「中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0」	本署104年5月26日健保醫字第1040080481號書函	104.06(費用年月)起適用		
			資料說明欄新增第八項文字，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。	本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函 本署106年6月3日健保醫字第1060080748號函 本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函	醫院層級以上106.07(費用年月)起適用；基層診所 106.12(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
醫令清單段	p16	執行醫事人員代號	資料說明欄第三項增修「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之醫事人員之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄第三項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.07.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄新增說明五「中醫醫令代碼B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94等項目，本欄為必填欄位」規定	本署104年5月26日健保醫字第1040080481號書函	104.06(費用年月)起適用	
			資料說明欄新增第六項文字	釐清規範		
	p18	影像來源	資料說明欄說明二影像來源代碼1說明文字由「複製片」修改為「複製片-由原檢查醫院提供」，新增代碼4(複製片-由病患自行取得提供)	本署104年8月24日健保醫字第1040033580號書函		
	p22	未列項註記	新增欄位	本署105年8月26日健保醫字第1050033741號函	105.10.01(費用年月)起適用	
p23	未列項名稱	新增欄位	同上	105.10.01(費用年月)起適用		
p24	委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號	新增欄位	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	
備註	註3(1)	-	新增「E2(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、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)」等字	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函		
	註3(2)	-	修正D2(行政協助流感疫苗及兒童常規疫苗接種)文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函		
			新增「及DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)」等字	本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函	104.09.17(就醫日期)起適用	
	註4	-	修正「主、次診斷代碼」及新增「105年1月(含：費用年月)起，且就醫日期為105年1月1日(含)以後，以2014年版ICD-10-CM/PCS為準」等文字規定	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
	註5(1)	特定治療項目代號填表說明之C(牙醫)	牙醫門診總額計畫FS、FU、FV、FX、FY、FZ、F4、FC、FD、FC、FD、FG、FH、FI、FJ、FK、FL、FM、FN修正文字	修正文字，本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告		
增加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)			本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.01.01(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
	註5(1)之C	特定治療項目代號填表說明(牙醫)	新增特定治療項目代號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)、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)、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)、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)、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)、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)、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)	本署1070129健保醫字第1070001366號公告	107.01.01(費用年月)起適用	
備註	註5(1)之D	特定治療項目代號填表說明(中醫特殊治療或處置)	特定治療項目代號C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)之中文說明文字刪除「及顱腦損傷」等字	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用	
			刪除C9(小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)、C0(小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫)	衛福部102年1月28日衛署健會字第1027500069號公告	本計畫於102.01.01取消	
			刪除CA(腦血管後遺症中醫門診照護計畫)	衛福部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告	本計畫於103.01.01取消	
			特定治療項目代號J7之中文說明文字刪除「試辦計畫」等字	修正文字		
			特定治療項目代號J9(中醫提升孕產照護品質計畫)之中文說明文字增加「全民健康保險」等字			
			新增特定治療項目代號JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)、JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)	本署105.08.31健保醫字第1050011030號公告	105.09.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JH(癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫)	本署106.4.12健保醫字第1060004125號公告	106.05.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JI(肺癌患者中醫門診加強照護醫療)、JJ(大腸癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署107.01.22健保醫字第1070000783號公告	107.01.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號JK(中醫急症處置計畫)	本署107.05.01健保醫字第1070005354號公告	107.05.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號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)、JM(中醫-經醫師認定之失智症病人)、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)	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正	107.06.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號EC(全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫)	本署104年4月23日健保醫字第1040004024號公告	104.04.23(就醫日期)起適用	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
備註	註5(1) 之E (其他)	特定治療項目代號填表說明	新增特定治療項目代號ED(早期療育門診醫療給付改善方案)	本署104年9月7日健保醫字第1040033735號公告	104.10.01(費用年月)起適用	
			乳癌醫療給付改善方案、加強慢性BC型肝炎治療，刪除試辦等字	修改文字		
			新增特定治療項目代號HE(C型肝炎全口服藥品治療)，案件分類為E1	本署106年05月17日健保審字第1060035383號公告	106.01.24(就醫日期)起適用	
			新增特定治療項目代號HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)，案件分類為E1	本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.04.01(費用年月)起適用	
			新增特定治療項目代號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)、HH(西醫-經醫師認定之失智症病人)、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)	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正	107.06.01(費用年月)起適用	
			代號為G5、G6者，案件分類為D4，另新增案件分類「E1」	本署105年2月18日健保醫字第1050001627號公告	105.01.01(費用年月)起適用	
	註5(2) 之B	特定治療項目代號填表說明	表格修正	配合註5(1)修正		
	註7	門診慢性病開具慢性病連續處方箋注意事項	修正(1)慢連箋案件分類之定義；新增(4)職災門診案件之慢性病連續處方箋第2次(含)以後調劑案件，案件分類以B6(職災案件)填報	釐清規範		
			配合IDD44新增(5)文字說明	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理		
	註9(1)	預防保健(預防保健服務就醫序號填報方式)	刪除兒童預防保健IC11-13、IC15-17、IC19 刪除「IC11...限基層醫療院所申報(99.02修正)」等文字	衛生福利部國民健康署106年5月3日國健婦字第1060401046號公告	106.05.01(費用年月)起適用	
			修正國小學童白齒窩溝封填補助服務方案IC8A~IC8H之文字	文字修正		
			刪除IC89(符合無力繳納健保者)	本署106年10月05日健保醫字第1060033966-1號	106.10.05(費用年月)起適用	
	註9-1	異常代碼對照表	刪除異常代碼之尚未取得就醫序號C002(20歲以下兒少)、C003(懷孕婦女例外就醫)	本署106年10月05日健保醫字第1060033966-1號	106.10.05(費用年月)起廢止	
	註10(1)	免部分負擔代碼及規定	代碼009新增八仙樂園粉塵暴燃事件(104.06.27~104.09.30)	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.06.27(就醫日期)起適用	
代碼009新增有職災單之非職災醫療費用改健保支付			釐清規範			
代碼009新增西醫就診92093B另以門診牙醫申報			本署106年9月29日健保醫字第1060033922號	106.11.01(費用年月)起適用		
註10(1)	免部分負擔代碼及規定	新增免部分負擔代碼907(原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者)	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
備註	註10(2)	應部分負擔方式及金額	調整一般門診、轉診、急診之部分負擔金額	本署106年3月22日健保醫字第1060080724號 衛福部106年2月18日衛部保字1061260072號公告	106.04.15(就醫日期)起適用	
	註10(3)	編碼原則	第二碼修正4文字說明，第三碼增加1(轉診之回診)文字	配合轉診規定修正文字		
			居家照護增加文字說明「居家照護且開立藥品：代碼K20」	本署105.02.25居家醫療照護整合計畫問答集		
			西醫表項中，增列A31(醫學中心；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、B31(區域醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、C31(地區醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、D30(基層院所；轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健)、D31(基層院所；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診)	本署106年04月13日健保醫字第1060033058號函	106.04.15(就醫日期)起適用	
		西醫表項中，修正A40、B40、C40文字	配合轉診規定修正文字			
		牙醫表項中，增列E30(醫學中心；轉診(轉入之院所適用))、E31(醫學中心；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、F30(區域醫院；轉診(轉入之院所適用))、F31(區域醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、G30(地區醫院；轉診(轉入之院所適用))、G31(地區醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、H30(基層院所；轉診(轉入之院所適用))、H31(基層院所；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))	本署106年04月13日健保醫字第1060033058號函	106.04.15(就醫日期)起適用		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
備註	註10(3)	編碼原則	中醫表項中，增列N30(醫學中心；轉診(轉入之院所適用))、N31(醫學中心；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、Q30(區域醫院；轉診(轉入之院所適用))、Q31(區域醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、R30(地區醫院、中醫醫院；轉診(轉入之院所適用))、R31(地區醫院、中醫醫院；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))、S30(基層院所；轉診(轉入之院所適用))、S31(基層院所；轉診傷病經醫師認定需繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用))	同上	同上	
	註12	適用一般案件申報之補充說明	新增「接受他院所委託轉(代)檢案件，其案件分類依西醫、牙醫或中醫，分別以01(西醫一般案件)、11(牙醫一般案件)、21(中醫一般案件)申報」等文字	1.依本局95年6月2日健保醫字第0950059649號函辦理 新增文字說明 2.釐清範圍		
	註20	-	修改汽機車交通事故申報規定	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
	註30	「醫令清單」之欄位IDp6 「診療之部位」欄位，申報方式	新增診療部位代碼B(薦椎)及D(周邊神經)及支付標準代碼83079B(高頻熱凝療法)填報規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函-105年4月17日會議決議事項辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			新增藥品KC00879205等11項填報規定	本署106年01月20日健保審字第1050036980號	106.03.01(費用年月)起適用	
			新增藥品KC00990288等1項填報規定	本署107年5月11日健保審字第1070035261號函	107.06.01(費用年月)起適用	
	註31	全民健康保險藥品使用標準碼	於給藥途徑/作用部位中，新增ORO(口咽直接用藥(如噴劑、塗抹))、IPLE(胸腔內注射)	本署106年03月29日健保審字第1060035092號函	106.04.01(費用年月)起適用	
	註32	-	說明醫令清單段欄位IDp16「執行醫事人員代號」必填報欄位，新增其他類35項	本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理		
註33	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	新增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	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	

說明：

「107.04.17會議決議事項」欄位「V」者，表示已107.4.17邀集相關醫事團體、本署各分區業務組及本署相關單位召開「研商增刪特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」門診及住院部分欄位事宜結論事項進行增刪作業。該欄位為空白者，表示前已週知特約醫事服務機構在案，或酌修文字，本次屬整併作業。

變更申報格式修正增修欄位說明表—交付機構

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
	d1	案件分類	刪除案件分類4:肺結核個案DOTS執行費用	釐清規範	97.01.01(費用年月)起適用
	d19	行政協助項目部分負擔點數	免部分負擔代碼新增907	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起適用
			新增說明二、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。	釐清規範	
	d5	給付類別	新增Y:八仙樂園粉塵爆燃事件	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.09.17(就醫日期)起適用
	d40	案件來源註記代碼	說明三新增「註22」文字	配合門診修正,釐清規範	
醫令清單段	p1	醫令類別	新增G:專案支付參考數值	本署104年10月28日健保醫字第1040080563號書函	104.11.01(費用年月)起適用
	p2	藥品(項目)代號	資料說明欄修正說明二,及新增說明三虛擬醫令代碼R001~R004事宜	同上	同上
	p7	總量	資料說明欄新增說明二「醫令代碼R001、R002、R003、R004,本欄位請填0」文字。	同上	同上
	p8	單價	資料說明欄新增說明二「醫令代碼R001、R002、R003、R004,本欄位請填0」文字。	同上	同上
	p9	點數	資料說明欄新增說明二「醫令代碼R001、R002、R003、R004,本欄位請填0」文字。	同上	同上
	p12	執行時間-起	資料說明欄第二項增修「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之文字	本署106年3月1日健保醫字第106003276832768號公告修訂	106.03.01(費用年月)起適用
			資料說明欄第二項增修「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目之文字	本署106年06月26日健保醫字第1060007890號公告修正	106.06.26(費用年月)起適用
			資料說明欄第四項增刪文字	釐清規範	
			資料說明欄新增第五項文字	配合門診修正,釐清規範	
			資料說明欄新增第七項文字,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。	本署106年10月18日健保醫字第1060034031號函	106.12.01(費用年月)起適用

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
	p13	執行時間-迄	同上	釐清規範	
備註	註3	原處方服務機構(門診申報格式)案件分類代碼	修正D2(行政協助流感疫苗及兒童常規疫苗接種)文字	疾管署106年12月1日疾管防字第1060201090A號函	
			新增案件分類DF(代辦登革熱NS1抗原快速篩檢試劑)	1.本署104年9月14日健保醫字第1040080545號書函 2.比照門診案件辦理	104.09.17(就醫日期)起適用
			新增案件分類E2(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、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)	本署106年1月12日健保醫字第1060032557號書函	106.02.04(就醫日期)起適用
	註5	免部分負擔代碼規定	代碼009新增八仙樂園粉塵暴燃事件(104.06.27~104.09.30)	本署104年6月30日健保醫字第1040080500號書函	104.06.27(就醫日期)起適用
			代碼009新增有職災單之非職災醫療費用改健保支付	釐清規範	
			代碼009新增西醫就診92093B另以門診牙醫申報	本署106年9月29日健保醫字第1060033922號	106.11.01(費用年月)起適用
			新增免部分負擔代碼907(原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者)	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起適用
	註19	就醫科別代碼	新增就醫科別次分類AK(老人醫學科)	補充資料	104.05.01(費用年月)起適用
	註20(1)C	特定治療項目代號填表說明(牙醫)	牙醫門診總額計畫F4、FS、FU、FV、FX、FY、FZ等刪修文字	修正文字	
			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	本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.01.01(費用年月)起適用
新增特定治療項目代號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)、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)、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)、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)、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)、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)、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)			本署1070129健保醫字第1070001366號公告	107.01.01(費用年月)起新增	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
備註	註 20(1)D	特定治療項目代號填表說明 (中醫特殊治療或處置)	特定治療項目代號C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)之中文說明文字刪除「及顱腦損傷」等字	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用
			刪除C9(小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)、C0(小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫)	衛福部102年1月28日衛署健會字第1027500069號公告	本計畫於102.01.01取消
			CA(腦血管後遺症中醫門診照護計畫)	衛福部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告	本計畫於103.01.01取消
			特定治療項目代號J7之中文說明文字刪除「試辦計畫」等字	修正文字	
			特定治療項目代號J9(中醫提升孕產照護品質計畫)之中文說明文字增加「全民健康保險」等字		
			新增特定治療項目代號JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)、JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)、JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署105年1月29日健保醫字第1050000989號公告	105.02.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)	本署105.08.31健保醫字第1050011030號公告	105.09.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JH(癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫)	本署106.4.12健保醫字第1060004125號公告	106.05.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JI(肺癌患者中醫門診加強照護醫療)、JJ(大腸癌患者中醫門診加強照護醫療)	本署107.01.22健保醫字第1070000783號公告	107.01.01(費用年月)起適用
			新增特定治療項目代號JK(中醫急症處置計畫)	本署107.05.01健保醫字第1070005354號公告	107.05.01(費用年月)起適用
	新增特定治療項目代號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)、JM(中醫-經醫師認定之失智症病人)、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)	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正	107.06.01(費用年月)起適用		
	註 20(1)E	特定治療項目代號填表說明 (其他)	新增特定治療項目代號EC(全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫)	本署104年4月23日健保醫字第1040004024號公告	104.04.23(就醫日期)起適用
	新增特定治療項目代號ED(早期療育門診醫療給付改善方案)		本署104年9月7日健保醫字第1040033735號公告	104.10.01(費用年月)起適用	
	乳癌醫療給付改善方案、加強慢性BC型肝炎治療，刪除試辦等字		修改文字		
	新增特定治療項目代號HE(C型肝炎全口服藥品治療)，案件分類為E1		本署106.05.17健保審字第1060035383號公告	106.01.24(就醫日期)起適用	
	新增特定治療項目代號HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)，案件分類為E1		本署106年1月26日健保醫字第1060001160號公告	106.04.01(費用年月)起適用	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	辦理依據	新增時點
備註	註20(1)E	特定治療項目代號填表說明(其他)	新增特定治療項目代號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)、HH(西醫-經醫師認定之失智症病人)、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) 代號為G5、G6者，案件分類為D4，另新增案件分類「E1」	全民健康保險醫療辦法107.4.27修正 本署105年2月18日健保醫字第1050001627號公告	107.06.01(費用年月)起適用 105.01.01(費用年月)起適用
	註20(2)	全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序	增加全民健康保險試辦計畫特定治療項目代號填報順序	配合門診申報修正	
	註21	全民健康保險藥品使用標準碼	於給藥途徑/作用部位中，新增ORO(口咽直接用藥(如噴劑、塗抹))、IPLE(胸腔內注射)	本署106年03月29日健保審字第1060035092號函	106.04.01(費用年月)起適用
	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	新增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	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函-105年4月17日會議決議事項辦理	108.01.01(費用年月)起適用

變更申報格式修正增修欄位說明表—住院

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
總表段-媒體格式	t9	一般案件醫療費用點數	增修資料說明欄說明一公式	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	t12	論病例計酬案件醫療費用點數	增修資料說明欄公式	同上	同上	V
	t15	特定案件醫療費用點數	增修資料說明欄說明一公式	同上	同上	V
	t22	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護件數總計	增修資料說明欄說明文字增加「7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、」等字	106年1月12日健保醫字第1060032557號函	106.02.04(費用年月)起新增	
	t23	支付制度試辦計畫、行政協助案件、安寧療護日數總計	增修資料說明欄說明文字增加「7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)、」等字	106年1月12日健保醫字第1060032557號函	同上	
	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	增修資料說明欄公式	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	t27	Tw-DRGs醫療費用點數總計	增修資料說明欄說明一公式	同上	同上	V
	t30	申請點數總計	增修資料說明欄說明一公式	同上	同上	V
	t33	護病比加成點數總計	新增欄位	同上	同上	V
總表段-書面格式	-	護病比加成點數總計	新增欄位	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜辦理	同上	V
點數清單段	d5	補報原因註記	資料說明欄補報原因註記代碼2之文字增加「除醫令類別K(全日平均護病比達特定範圍加成)外，餘均」等字	本署104年8月26日健保醫字第1040033728號函	104.10.01(費用年月)起新增	
	d7	給付類別	代碼M增加「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等字	106年度C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫	106.01.24(費用年月)起增修	
			新增代碼Y:八仙樂園粉塵暴燃事件			
	d8	汽機車交通事故	刪除欄位	配合ICD-10-CM/PCS實施，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d1	案件分類	說明二健保給付案件代碼新增案件分類7(愛滋病確診服藥滿2年後案件)。	106年1月12日健保醫字第1060032557號函	106.02.04(費用年月)起新增	
說明三協助勞保局給付案件之案件分類A4之(1)刪除乳癌「試辦方案」等字(2)新增「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等字			(1)修正文字			
說明五刪除贅字。			(2)依106年度C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫	106.01.24(費用年月)起增修		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
點數清單段	d19	Tw-DRG支付型態	配合「轉歸代碼」欄位，代碼5增修說明文字	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
			新增代碼6費用高於上限臨界點核實申報者	同上	同上	V
	d22	外因分類(一)	刪除欄位	ICD-10-CM/PCS未獨立外因碼專章，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d23	外因分類(二)	刪除欄位	同上	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d24	轉歸代碼	資料說明欄增刪轉歸代碼及說明	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d85	申請費用點數	資料說明欄增修計算說明	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜辦理，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d102	不適用Tw-DRGs案件特殊註記	資料說明欄代碼1、2、4、F等ICD-9代碼修改為ICD-10-CM代碼	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.01.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄代碼5刪除「行政院」3字		即日起生效	
			資料說明欄代碼6增修說明文字	配合「病患來源」欄位等辦理文字增修	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄代碼8增修說明文字	釐清規範。	即日起生效	
			資料說明欄刪除代碼H	依本署104年12月24日健保醫字第1040080609號書函	105.01.01(費用年月)起適用	
			資料說明欄代碼K刪除部分文字	釐清規範	108.01.01(費用年月)起適用	V
			資料說明欄代碼M增刪部分文字	釐清規範	即日起生效	
			資料說明欄新增代碼N	釐清規範	105.03.01(費用年月)起新增	
	d105	急診治療起始時間	刪除欄位	急診治療起始時間已於醫令清單段申報，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d106	急診治療結束時間	刪除欄位	同上	108.01.01(費用年月)起適用	V
	d107	轉入服務機構代號	修正文字	釐清規範		
	d108	轉出事服務機構代號	欄位名稱修改為「轉往之醫事服務機構代號」	釐清規範	108.01.01(費用年月)起適用	V
			配合轉歸代碼增修，修改資料說明欄文字。	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理		
	d111	試辦計畫	資料說明欄代碼1增刪文字，新增代碼2、3、4、5、6	本署106年6月26日健保醫字第1060007890號及106年9月30日健保醫字第1060033976號公告	106.07.01(費用年月)起新增	
d112	護病比加成點數	新增欄位	配合全日平均護病比達特定範圍加成事宜辦理，本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V	

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
醫令清單段	p2	醫令類別	新增醫令類別K(全日平均護病比達特定範圍加成)。	本署104年8月26日健保醫字第1040033728號函	104.10.01(費用年月)起新增	
			刪除說明欄有關醫令類別X(Tw-DRGs支付通則六(六)得另行核實申報之項目等文字。	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	103.07.01(費用年月)起刪除	
	p3	醫令代碼	資料說明欄新增三之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」規定。	依據本署104.12.29健保醫字第1040034456號函辦理	105.01.01(費用年月)起新增	
			資料說明欄新增四「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折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。			
	p4	支付成數	長度由3byte改為6byte	本署104年8月26日健保醫字第1040033728號函	104.10.01(費用年月)起新增	
			增修資料說明欄文字	修正文字		
	p5	藥品用量	增加說明二「若醫令為藥品時,本欄為必填欄位。」	釐清規範		
	p6	(藥品)使用頻率	說明二必填欄位增加「藥品」	釐清規範		
	p7	給藥途徑/作用部位	增加說明二「若醫令為藥品時,本欄為必填欄位。」	釐清規範		
	p10	診療之部位	長度由6byte改為18byte	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函	108.01.01(費用年月)起適用	V
			刪除說明二,並移動項次			
			原說明三移至說明二並修正文字,新增說明三「醫令代碼83079B(高頻熱凝療法)者,本欄為必填欄位」文字			
	p11	Tw-DRGs計算	資料說明欄新增第三項「醫令代碼ISS,本欄為必填欄位」規定	依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」104年第4次臨時會會紀錄議辦理	105.01.01(費用年月)起新增	
	p12	切帳前筆資料	資料說明欄第一項新增「903」	依據本署104.12.29健保醫字第1040034456號函辦理	105.01.01(費用年月)起新增	
	P20	執行醫事人員代號	新增18005B等35項本欄為必填欄位	依據本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理	醫院層級106.07.01(費用年月)起新增;基層診所106.12.01(費用年月)起新增	
p21	影像來源	資料說明欄說明二影像來源代碼1說明文字由「複製片」修改為「複製片-由原檢查醫院提供」,新增代碼4(由病患自行取得提供)	依據本署104年8月24日健保醫字第1040033580號函辦理	105.08.24(費用年月)起適用		
p24	未列項註記	新增欄位	依據本署105年8月26日健保醫字第1050033741號函	105.10.01(費用年月)起新增		
p25	未列項名稱	新增欄位	同上	105.10.01(費用年月)起新增		

表單名稱	欄位ID	欄位名稱	修改略述	備註	新增或適用時點	107.4.17會議決議事項增刪欄位
	p26	委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號	新增欄位	依據本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函	108.01.01(費用年月)起適用	V
備註	註3	-	新增「105年1月1日(含;費用年月)起(『申報期間-迄』欄位填報值),以2014年版ICD-10-CM/PCS為準。	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.1.1(費用年月)起適用	
	註4	免部分負擔規定	新增免部分負擔代碼907(原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務者)。	衛生福利部國民健康署104年9月15日國健教字第1040701198號公告	104.11.01(費用年月)起新增	
	註9	-	繼續住院之切帳申報原則	依據本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理	106.07.01(費用年月)起新增	
	註12	-	修改汽機車交通事故申報規定。	配合ICD-10-CM/PCS實施	105.1.1(費用年月)起適用	
	註13(1)	-	備註2刪除慢性B、C肝炎「試辦」兩字 修改主診斷碼042或V08為「B20或Z21」	修正文字 配合ICD-10-CM/PCS實施	105.1.1(費用年月)起適用	
	註13(2)	其他代碼	刪除IC89(符合無力繳納保費者)	依據本署106年10月5日健保醫字第1060033966-1號函	106.6.1(費用年月)起廢止	
	註13(3)	異常代碼對照表	刪除代碼C002及C003	依據本署106年10月5日健保醫字第1060033966-1號函	106.10.5(費用年月)起廢止	
	備註	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	新增診療部位代碼B(薦椎)及D(周邊神經)及支付標準代碼83079B(高頻熱凝療法)填報規定	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用
新增藥物KC00879205等11項填報規定				本署106年01月20日健保審字第1050036980號 本署107年5月11日健保審字第1070035261號函	106.03.01(費用年月)起適用 107.06.01(費用年月)起適用	
註21		-	針對同醫院急診當次轉住院案件申報原則新增備註說明。	依據本署106年5月10日健保醫字第1060080742號函辦理	106.07.01(費用年月)起新增	
註22		-	配合欄位IDd24「轉歸代碼」欄位新增說明文字。	本署107年5月21日健保醫字第1070033197號函辦理	108.01.01(費用年月)起適用	V
註23		-	新增「全民健康保險藥品使用標準碼」規定。	本署106年3月29日健保審字第1060035092號函	106.04.01(費用年月)起新增	
範例	-	增修範例內容		108.01.01(費用年月)起適用	V	

說明：

「107.04.17會議決議事項」欄位「V」者，表示已107.4.17邀集相關醫事團體、本署各分區業務組及本署相關單位召開「研商增刪特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」門診及住院部分欄位事宜結論事項進行增刪作業。該欄位為空白者，表示前已週知特約醫事服務機構在案，或酌修文字，本次屬整併作業。