

名稱：全民健康保險醫療辦法

修正日期：民國 107 年 04 月 27 日

第 1 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十條第二項規定訂定之。

第 2 條

全民健康保險（以下稱本保險）保險對象之就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項，依本辦法之規定。

第 3 條

保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：

- 一、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。
- 二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但健保卡已足以辨識身分時，得免繳驗。

前項第二款文件，於未滿十四歲之保險對象，得以戶口名簿影本、其他足以證明身分之相關文件或切結文件代之。

保險對象至第一項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗第一項之文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之門診處方。

保險對象有接受居家照護服務必要時，應由保險醫事服務機構診治醫師先行評估，開立居家照護醫囑單，並由各該保險醫事服務機構逕向設有居家護理服務部門之保險醫事服務機構提出申請。

第 4 條

保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。

保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。

第 5 條

因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。

第 6 條

特約醫院、診所應將門診處方交由保險對象，自行選擇於該次就醫之特約

醫院、診所或其他符合法令規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。

特約醫院、診所因限於人員、設施、設備或專長能力，對於需轉由其他保險醫事服務機構提供調劑、檢驗、檢查、處置等服務之保險對象，應開立門診處方，交由保險對象前往其他符合法令規定之保險醫事服務機構，接受醫療服務，或依全民健康保險轉診實施辦法之規定，接受轉診醫療服務。

前項檢驗、檢查之提供，得改開給保險對象轉檢單，提供轉檢服務；或開立代檢單，以採取檢體之委託代檢方式辦理。

第 7 條

保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項及第二項應繳驗之文件；其有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期用藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，始能開給相同方劑：

- 一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。
- 二、已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，經受託人提供切結文件。
- 三、受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本。
- 四、經醫師認定之失智症病人。
- 五、其他經保險人認定之特殊情形。

第 8 條

保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗健保卡時，應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。

前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重複登錄。

前項同一療程，指下列診療項目，於一定期間施行之連續治療療程：

- 一、簡單傷口：二日內之換藥。
- 二、自首次治療日起三十日內治療為療程者：血液透析、腹膜透析、精神疾病社區復健治療、精神科心理治療、精神科活動治療、精神科職能治療、癌症放射線治療、高壓氧治療、減敏治療、居家照護及其他經保險人指定之診療項目。
- 三、自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：西醫復健治療、皮症照光治療、非化學治療藥物同一針劑之注射、同牙位治療性牙結石清除、同牙位牙體復形（補牙）、同牙位拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、肺復原治療、中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目。
- 四、自首次治療日起至次月底前，六次以內治療為療程者：九歲以下兒童

之西醫復健治療。

五、自首次治療日起六十日內治療為療程者：牙醫同部位之根管治療。
同一療程最後治療日為例假日者，順延之。

第 9 條

保險醫事服務機構於保險對象有下列情形之一者，應於其健保卡登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之就醫類別：

- 一、出院。
- 二、接受同一療程內第二次以後之診療。
- 三、接受排程檢查、檢驗、治療、手術或轉檢服務。
- 四、接受第三條第四項之醫療服務。

前項第三款醫療服務之過程中，因病情需要須併行相關處置者，得視同另次診療，登錄可累計就醫序號之就醫類別一次。

第 10 條

特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應查驗其健保卡後歸還保險對象。保險對象住院期間，如因不同診療科別疾病，經診治之醫師研判確須立即接受診療，而該醫院並無設置適當診療科別以提供服務時，得依第十三條規定請假外出門診；透析病人住院期間，經診治之醫師認定確須立即接受透析，而該醫院無法提供透析之服務時，亦同。

保險對象住院期間，入住之特約醫院或婦產科診所不得以同院、所門診方式提供醫療服務。但入住之特約醫院或婦產科診所因限於人員、設備或專長能力，無法提供完整之檢驗（查）時，得以轉（代）檢方式，委託其他保險醫事服務機構提供檢驗（查）服務。

第 11 條

保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：

- 一、可門診診療之傷病。
- 二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。

第 12 條

特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象；保險對象拒不出院者，有關費用，應由保險對象自行負擔。

第 13 條

保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故有離院必要者，經徵得診治醫師同意，並於病歷上載明原因及離院時間後，始得請假外出。晚間不得外宿。

未經請假即離院者，視同自動出院。

第 14 條

保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療，且無下列情形之一者，醫師得開給慢性病連續處方箋，並得併列印可供辨識之二維條碼：

- 一、處方藥品為管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品。
- 二、未攜帶健保卡就醫。

同一慢性病，以開立一張慢性病連續處方箋為限；其慢性病範圍，如附表。

保險對象領藥後，應善盡保管責任，遵從醫囑用藥；因藥品遺失或毀損，再就醫之醫療費用，由保險對象自行負擔。

第 15 條

保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑。但保險對象因故無法至原處方醫院、診所調劑，且有下列情形之一者，得至其他特約醫院或衛生所調劑：

- 一、持慢性病連續處方箋，且所在地無特約藥局。
- 二、接受本保險居家照護服務，經醫師開立第一級或第二級管制藥品處方箋。

前項處方箋，以交付一般藥品處方箋、慢性病連續處方箋或管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時併持於同一調劑處所調劑。

第 16 條

保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第四十七條應自行負擔之住院費用，第五十一條或第五十三條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。

第 17 條

保險對象完成診療程序後，保險醫事服務機構應依本法規定，向保險對象收取其應自行負擔之費用，並依法規規定開給收據；有交付藥劑時，應依法規規定為藥品之容器或包裝標示，其無法標示者，應開給藥品明細表。

第 18 條

保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：

- 一、遵守本保險一切規定。
- 二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。
- 三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥、處置、住院或轉診。
- 四、遵從醫囑接受轉診服務。
- 五、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。
- 六、依規定繳交應自行負擔之費用。

第 19 條

保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用捐血機構供應之血液及

其製劑。

因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血及使用血液製劑，而捐血機構無庫存血液及其製劑供應時，特約醫院、診所得向評鑑合格醫院之血庫調用捐血機構之血液及其製劑。

第 20 條

保險對象住院，以保險病房為準；其暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。

特約醫院應優先提供保險病房，因限於保險病房使用情形，無法提供保險病房時，應經保險對象同意，始得安排入住非保險病房，並應事先告知其應自付之病房費用差額；其後保險病房有空床時，特約醫院並應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。

保險對象不同意自付病房費用差額者，特約醫院應為其辦理轉院或另行排定及通知其入住保險病房。

第 21 條

本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不予計入。

第 22 條

本保險處方用藥之用量規定如下：

- 一、處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則。
- 二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。
- 三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。

第 23 條

保險醫事服務機構交付處方後，保險對象應於下列期間內向保險醫事服務機構預約排程或接受醫療服務，逾期後，保險醫事服務機構不得受理排程或提供醫療服務：

- 一、排程檢驗、檢查處方：自開立之日起算一百八十日。
 - 二、排程復健治療處方：自開立之日起算三十日。
 - 三、慢性病連續處方箋：末次調劑之用藥末日。
 - 四、其他門診處方及藥品處方箋：自開立之日起算三日。
- 前項期間遇有末日為例假日者，順延之。

第 24 條

同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。

保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，

始得憑原處方箋再次調劑。

第 25 條

保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：

- 一、預定出國或返回離島地區。
- 二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。
- 三、罕見疾病病人。
- 四、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。

第 26 條

醫師處方之藥物未註明不可替代者，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。

第 27 條

保險對象有重複就醫或不當利用醫療資源之情形者，保險人應予以輔導，瞭解其就醫原因、提供適當醫療衛教、安排就醫及給予必要之協助，並得依其病情，指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。

前項保險對象未依保險人輔導，於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。

第一項輔導，得以郵寄關懷函、電訪、訪視、運用相關社會資源或其他方式進行。

第 28 條

第七條、第十條、第十四條第一項、第三項及第二十三條規定自中華民國一百零七年六月一日施行。

本辦法除前項已另定施行日期者外，自發布日施行。