



2016-2017

全民健康保険ハンドブック



目次 Contents

1	全民健康保険はあなたの医療權益を一生保障します	06
	全民健康保険とは？	06
	全ての方が全民健康保険に加入するよう法律で義務付けています	07
	全民健康保険の身分証明—「健康保険カード」	07
2	健康保険に加入するには	08
	台湾に戸籍を持つ方	08
	台湾在住の香港、マカオ、中国大陸、外国籍の方	12
3	健康保険の加入における特殊な状況	14
	保険資格の喪失	14
	保険を中断後、保険に再加入するには？	14
	長期海外滞在者の帰国後の加入	15
	保険対象の停止を行う必要がある場合	16
	6 カ月以上出国を予定される方への保険停止に関するアドバイス	16
	収容者の保険加入	18
4	健康保険の財源と保険料の計算	19
	健康保険カードで受診した場合の費用はどこから来ているのでしょうか？	19
	保険料の計算	19
	一般保険料	19
	補充保険料	24

5

健康保険料の納付

30

保険料の計算に疑問がある場合の問い合わせ先は？ 30

保険料の納付は、「相互扶助」かつ「節税」 30

保険料納付証明書を申請するには？ 31

保険料の納め方 31

納付忘れや引き落とし口座の残高不足の場合は？ 33

6

健康保険による医療サービス

34

診察と転院 34

転院の手順 35

同一の治療プロセス 36

急診 38

入院 38

訪問看護 39

終末期ケア 40

健康保険の家庭医総合的ケア 42

医療給付改善プラン 43

目次 Contents

7

健康保険で受診するには	44
受診時は「健康保険カード」を忘れずに	44
受診後は「処方箋」(指示書)を忘れずに	45
転院受診の規定	46
一部負担金	47
支払領収書、医療費項目明細書と薬品明細書	51
患者の自己負担が必要な場合は、医師が事前に告知	52
特殊材料の自己負担差額	54
ご意見やお問い合わせ	58
争議審議の申請	59

8

健康保険カードの機能、更新と保管および申請	60
健康保険カードの機能	60
健康保険カードの更新	62
健康保険カードで個人の受診データが流出するのでは？	63
健康保険カードの保管	64
健康保険カードの有効期限は？	64
新生児または外国籍の方が最初に健康保険カードを申請・受領するには？	64
健康保険カードの破損、紛失、姓名変更、写真交換などの手続きは？	65
健康保険カードの外観に異常はないが、使用できない場合は？	68

9

特殊な傷病患者の医療権益	70
慢性病患者(慢性病連続処方箋)	70
重大傷病の患者	72
労働災害の患者	72
希少疾病の患者	74



10

受診が困難な方へのサポート 76

政府による健康保険料の補助 76

一時的に保険料や一部負担金が支払えない場合は 79

医療の権益を保障、健康保険カードのロック解除、
未納保険料の納付請求の強化 82

特定患者の受診時の一部負担金の軽減 82

社会的弱者から控除する補充保険料の下限を引き
上げ 82

医療リソースの欠乏する地区改善プラン 83

11

自己負担医療費の還付 84

申請期限 85

請求に添付する書類 86

申請方法 87

還付金額の上限 88

12

利用者にやさしい健康保険業務 90

機関を越えた便利なサービス 90

業務改善サービス 91

弱者への思いやり 93

付録 94

1

全民健康保険はあなたの医療権益を一生保障します

病気の時に頼りになるのは医師や看護師だけでなく「全民健康保険」という心強い味方をお忘れなく。全民健康保険は1995年3月1日から全国の方々の健康が保障されることを願って設けられています。

全民健康保険とは？

「全民健康保険」はすべての国民が生まれると同時に加入が義務付けられている保険で、全国民が互いに支えあう制度となっています。通常は規定に基づき保険料を納付します。誰かが病気になった場合、政府は受け取った保険料を利用し、診療費用と薬品費用の一部を保険医療機関に患者に代わって納めます。このように病気になった時でも少額で適切な医療を受けることができます。





つまり、全民健康保険の保険料を毎月定期的に納めるだけで、自分が病気の際には他の方々の援助を受けることができ、他の方々が病気になった際には、あなたが援助することができるのです。

全ての方が全民健康保険に加入するよう法律で義務付けられています

「全民健康保険」は強制的社会保険で、中華民國の戸籍を有する中華民國国民と、この国に居留証を持つ外国人は老若男女、仕事の有無を問わず、すべて法律に基づき全民健康保険に加入しなければなりません。さらにこの保険は保険資格の喪失（失踪した方、中華民國の戸籍を喪失した方、戸籍を国外に移動させた方、台湾の居（停）留期限が切れた方）を除き、一生続くものです。出生から死亡までの間、任意に保険を脱退することはできません。

全民健康保険の身分証明—「健康保険カード」

健康保険に加入しているすべての方が自主的に「健康保険カード」の申請を行う必要があります。これは診療所や病院にかかる際に必要な証明となりますので、大切に保管してください。



2

健康保険に加入するには

台湾に戸籍を持つ方

台湾に戸籍を持つ方は、戸籍を設けてから満6か月の日より健康保険に加入しなければなりません(現在の被雇用者および公務で国外に駐在している政府機関関係者とその配偶者および子女は6か月の制限を受けません。台湾で出生した台湾籍の新生児は出生届を提出し、出生日より保険に加入します)。健康保険の被保険者には6つの分類があるため、資格によって保険の方法も異なります。資格が変わると、保険の方法も合わせて変わります。無職の場合や転職で資格に中断がある場合でも、戸籍が継続する限り適当な資格で保険をかける必要があり、保険が中断されることはありません。





保険資格は以下の優先順位に従ってください

1 或いは 2 の保険資格に適合する場合、3 を選択することはできません。
3 の保険資格に適合する場合、4 を選択することはできません。他の場合もこれに準じます。

1. 企業、機関、店舗の従業員の方は、事業所で保険に加入します。
2. 企業、店舗の代表者の方は、適用事業所として登録し、自身、従業員およびその被扶養者が保険に加入できるようにします。
3. 組合、農協、漁協の会員の方は、組合、農協、漁協で保険に加入します(組合、農協、漁協に合わせて加入している方は組合の保険を優先します)。
4. 無職の方で、配偶者または直系親族が仕事をしている場合は、配偶者または直系親族の適用事業所で、被扶養者として保険に加入します(扶養してもらえる親族が 2 人以上いる場合は、等親の一番近い親族で適用します)。
5. 無職の方で、保険に加入できる配偶者または直系親族がない場合は、戸籍のある郷(鎮、市、区) 役所が適用事業所となります。当該役所にて保険に加入してください。

出国から 2 年以上帰国がない場合は戸籍が抹消されます。その際には健康保険に加入する資格を失い、脱退手続きをする必要があります。再加入する場合、戸籍を再登録すれば、保険に再加入できます。健康保険に加入したことのある方で、国外在住により戸籍が抹消されて保険を脱退した後、戸籍を再登録する場合、特定の事業主の被雇用者であるか、あるいは健康保険の加入が 2 年以内の方は戸籍再登録時にただちに保険に加入できますが、それ以外の場合は戸籍の再登録から満 6 か月でなければ保険に加入できません。

乳児

新生児は出生届を提出すると、ただちに出生日より法に基づいて父親または母親（職についている親の方。ともに職がある場合はいずれかを選ぶ）の被扶養者となり、父親または母親の適用事業所で被扶養者として保険に加入します。国外で出生した台湾籍の乳児は、帰国して戸籍を登録してから6か月後に保険に加入することができます。

学生

1. 職についていない方

- (1) 在学者（正規の学生であり、国内の公立学校および各教育行政機関の認可によって設立された私立学校あるいは台湾域外の認可を受けた学校の在籍者。20歳以上の方は在学証明書を提出義務があります。）で、職についていない場合は、「被扶養者」として父親または母親（いずれか）の保険に加入します。
- (2) 両親が扶養できない場合は、同様に祖父母の「被扶養者」として保険に加入します。祖父母が扶養できない場合は、戸籍のある郷（鎮、市、区）役所で被保険者として健康保険に加入します。
- (3) 学校を卒業した後、または兵役を終了した後に無職の場合は、当該卒業年度終了の日から1年以内、または兵役終了の日から1年以内は、父母または祖父母の被扶養者として保険に加入できます。

満20歳の在学生の保険継続

20歳以上の在 student で、無職または生計能力がなく、父母または祖父母の被扶養者として保険に加入する場合、適用事業所は満20歳になった月の末に、「保険継続申請書」に記入し、証明書類のコピー1部と合わせて、適用事業所が所属する健保署分区業務組に送付し、保険継続手続きを行います。



2. 社会人学生

特定の職業のある学生は、勤務する企業で被雇用者として健康保険に加入します。

3. 短期（3 か月未満）で働く学生

夏休みや冬休みを利用して、期間が3 か月未満のアルバイトとして働き、新学期に入って学生の「本業」に戻る場合は、アルバイト期間中も元の資格で保険を継続することができます。

仕事のある方

仕事のある方は、お勤めの企業または所属団体で保険加入手続きを行います。

1. 企業の代表者

自身で適用事業所を成立させて保険に加入します。ほかに仕事があってそれが主要な仕事の場合、主要な仕事の企業または機関で保険に加入し、代表者として保険に加入する必要はありません。

2. 企業の従業員で、特定の事業主がある場合

事業主が保険手続きを行います。

3. 仕事はあるが、特定の事業主がない場合

職業組合、または農協、漁協会員である場合、あるいは実際に農業、漁業に従事している場合は、職業組合または農協、漁協で保険手続きを行います。

4. 2種類の仕事を持つ方

主要な仕事（実際の労働時間の長短を基準とし、労働時間が同じ場合は、収入の多寡を判断の根拠とする）を保険資格とします。

5. 休職中の方

元の適用事業所の同意のもと、元の適用事業所が元の標準報酬月額等級で保険を継続します。また、被保険者は月ごとに適用事業所に**30%**の健康保険料を自己負担で納付します。元の適用事業所が保険の継続に同意しない場合は、職業を持つ配偶者または直系親族の扶養で保険に加入します。被扶養資格がない場合は、戸籍のある役所で保険に加入します。

6. 「性別工作平等法」による育児休暇を申請し、無給となった被保険者

元の適用事業所で元の標準報酬月額等級による保険継続の選択が可能です。健康保険料を自己負担しなければなりません。その場合、健保署から被保険者に送付される納付書で納付し。納付期限は**3年**延長することができます。転出を選んだ場合は、職業を持つ配偶者の扶養で、被扶養者として保険に加入します。被扶養資格がない場合は、戸籍のある役所で保険に加入します。

無職の方

1. 無職で被扶養資格がある方は、仕事のある配偶者または直系親族の扶養で保険に加入します。
2. 配偶者または直系親族の扶養で保険に加入できない方は、「地区人口」として、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所で保険加入を申請します。
3. 無職の栄民および栄民の遺族の世帯主は、「栄民」として戸籍のある郷、鎮、市、区などの役所で保険加入を申請します。

台湾在住の香港、マカオ、中国大陸、外国籍の方

全民健康保険法の規定に従い、居留証を所有する外国籍の方(香港、マカオ、大陸地区の方を含む)については、特定の事業主を持つ被雇用者として



雇用された日から全民健保に加入できます。もしくは、居留証の交付から、台湾滞在が満6か月(台湾での滞在が連続6か月または1回の出国が30日に満たず、実際の居住期間から出国日数を差し引いた日数が6か月)の日より全民健保に加入できます。

1. 華僑の学生、外国籍の学生

- (1) 在学する学校で保険に加入します。卒業、退学、休学で移住地に戻る場合や出国する場合は、在学していた学校で脱退手続きを行います。
- (2) 卒業後、居留期限が到来するまでの間、あるいは内政部移民署より居留期限延長の許可を受けた場合は居住地の郷(鎮、市、区)役所において健康保険の継続手続きを行います。

2. 特定の事業主がある場合

事業主が保険手続きを行います。

3. 仕事がなく、配偶者や直系親族の被扶養者として保険に加入できる方

居留から満6か月より、配偶者または直系親族の適用事業所で全民健保に加入できます。

4. 仕事がなく、被扶養者としても保険に加入できない方

居留から満6か月より、居留地の役所で保険手続きを行います。

5. 事業所の代表者

居留から満6か月より、事業所で保険手続きを行います。

3

健康保険の加入における特殊な状況

保険資格の喪失

下記の状況の方は保険に加入できません。保険に加入している方は、脱退する必要があります。

1. 失踪してから満6か月の方。災害で行方不明となった方は、災害発生の当日から脱退できます。
2. 中華民国の戸籍を喪失した方、戸籍を国外に移動させた方、台湾の居(停)留期限が切れた方。

保険を中断後、保険に再加入するには？

転職や居留資格の変更、住所変更などで保険を中断している場合、速やかに再加入の手続きを行うことをおすすめします。受診の際に、医療費を仮払いで自己負担しなければならない場合があります。再加入の手続きは次のとおりです。





1. 会社、機関、店舗の従業員であった場合は、保険の中断期間中、元の職場で再加入します。
2. 組合、農協、漁協の会員であった場合は、保険の中断期間中、所属する組合、農協、漁協で再加入します。
3. 仕事がなく、法に基づいて仕事のある親族の被扶養者になれる場合は、保険の中断期間中、配偶者または直系親族の適用事業所で、被扶養者として再加入します。
4. 仕事がなく、法に基づいて配偶者または直系親族の被扶養者になれない場合は、保険の中断期間中、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所で再加入します。

長期海外滞在者の帰国後の加入

帰国する前 2 年間に保険加入記録のない方は、台湾に戸籍を設けてから満 6 カ月を経た日より健康保険に加入し、保険診療を受けることができます。

1. 出国から 2 年以内の方は、戸籍があれば、保険資格があると見なされ、規定通り保険に加入できます。
2. 出国による戸籍の国外転出で保険を脱退してから 2 年未満の方は、帰国後に戸籍を再登録すれば、ただちに保険資格を回復することができます。
3. 出国による戸籍の国外転出で保険を脱退してから 2 年以上の方は、台湾に戻って戸籍を再登録してから満 6 か月で、健康保険に加入できます。

保険対象の停止を行う必要がある場合

1. 失踪から6か月未満の方。

- (1) 家族が保険資格停止申請書で代理申請した場合、失踪の当月から保険は停止されます。
- (2) 証明書類は警察署の行方不明者捜索届の受理証書が必要となります。
- (3) 失踪による保険停止を受けた被保険者の被扶養者は、別の資格に変更して保険に加入します。

2. 出国の予定が6か月以上の方は、保険を停止できます。過去に出国による保険停止を行ったことがある場合は、帰国して再加入後、3か月以上経過しなければ再度保険停止はできません。

- (1) 出国から6か月未満で事前に帰国する場合は、保険停止を取り消して、保険料を後納します。
- (2) 出国による保険停止を行った被保険者の被扶養者は、別の資格に変更して保険に加入します。ただし、元の適用事業所が同意した場合は、被扶養者は元の適用事業者が保険の加入を継続します。

6か月以上出国を予定される方への保険停止に関するアドバイス

台湾に籍を残す方で、出国の予定が6か月以上の場合は、「保険加入の継続」または「保険停止」が行えます。

1. 保険加入の継続

別途申請する必要はありません。出国期間中も続けて保険料を納付するだけで、健康保険の医療給付が受けられます。国外で緊急の傷病、分娩などの場合は、「自己負担医療費の還付」を申請することができます（「自己負担医療費の還付」は、第十一章を参照）。



2. 保険資格の停止

- (1) 「保険停止申請書（停保申請表）」を、出国前に提出して申請します。出国期間中は一時的に保険料の納付が停止され、健康保険の医療給付も一時停止します。本人が保険停止を申請できない場合は、台湾にいる家族が委任者と受任者の身分を証明する資料を持参して、保険停止の手続きを行います。また、健保署グローバル情報ネット「個人健保データネットワークサービス作業」より、「自然人認証」や健康保険カードを利用してインターネット上で保険停止の手続きを行うこともできます。
- (2) 停止期間中は保険料を納付する必要はありません。帰国後は、必ず帰国当日に保険の再開手続きを行い、保険診療の権益と加入の義務を回復させます。ただし、出国から**6**か月未満で国内に戻った場合は、保険停止を取り消し、保険停止当月から帰国までの期間の保険料を後納しなければなりません。
- (3) 国外滞在中に保険停止を申請した方は、申請日を保険停止日とし、出国日にさかのぼって保険を停止することはできません。帰国後もさかのぼって保険停止手続きを行うことや、出国期間中に納付した保険料の還付を請求することはできません。また、保険停止後は、国外滞在中に再加入を行うこと、医療費の還付を申請することはできません。帰国後に再加入しなければ、保険診療の権益は得られません。
- (4) **2013**年**1**月**1**日より、出国の際に保険停止を選択した方は、帰国後の再加入から満**3**か月たなければ、再度保険停止を行うことができません。

「出国時の保険停止」と「帰国時の保険再開」の手続きを行うには？

保険停止を行うには、適用事業所の「保険停止申請書（保険対象停保申報表）」を1部記入し、査証や航空券などの証明書類を提示して、適用事業所が所属する健保署分区業務組に送付して保険停止を行います。出国前に保険停止申請書を送付した場合は、出国当月から資格が停止されます。出国後に手続きをした場合は、保険停止申請書が届いた当月から保険が停止されます。

保険の停止後、帰国などで停止理由がなくなった場合は、帰国の当日に保険を再開しなければなりません。3日以内に適用事業所の「保険再開申請書（復保申報表）」を1部記入し、これまでの出入国証明（または旅券全ページのコピー）を添えて、適用事業所が所属する健保署分区業務組に送付して保険の再開を行います。すぐに保険再開を行わなかった場合でも、後日再開した際、入国の日にさかのぼって保険料を後納しなければなりません。

收容者の保険加入

收容者の医療問題を改善するため、矯正機関の收容者（矯正機関の受刑者、学生、処分を受けた者、被告人、更生施設收容者、收容された少年）についても、2013年1月1日より法に基づき強制的に全民健康保険に加入しなければなくなりました。医療人権は保障されますが、矯正機関の收容者は犯罪の更生という点から行動の自由に制限があり、診察する場所や方法も限定され收容者はまず矯正機関内で診察を受けることになります。転院が必要な場合は、戒護のもと外出して再度診察できるよう手配されます。

4

健康保険の財源と保険料の計算

健康保険カードで受診した場合の費用はどこから来ているのでしょうか？

全民健保の主な財源は、保険料の収入です。保険料は被保険者、事業主、政府の三者が共同で分担します。健保署は納付された保険料により、被保険者の受診に伴う費用を負担します。全民健保の保険料は被保険者が受診した際の費用のみを負担し、全民健保の処理に必要な人事や事務に関する費用や職員の給与などは、いずれも政府から支給され、保険料を利用することはありません。

保険料の計算 一般保険料

全民健保の保険料の計算では、第一、二、三類の保険対象はその標準報酬月額を計算の基礎とします。第四、五、六類の保険対象は健康保険に加入するすべての被保険者の保険料の平均値を計算の基礎とします。



計算公式は以下の通り：

第一類		被保険者	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{被扶養者数})$
		適用事業所、政府	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{平均被扶養者数})$
第二類、第三類		被保険者	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{被扶養者数})$
		政府	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times \text{実際の保険加入者数}$
第六類	恩給受給者、 恩給受給者家族の世帯主	被保険者	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times \text{被扶養者数}$
		政府	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times \text{実際の保険加入者数}$
	地区住民	被保険者	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{被扶養者数})$
		政府	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times \text{実際の保険加入者数}$

説明：

- 負担比率：「全民健保保険料負担比率」を参照。
- 2016年1月より保険料率は**4.69%**。
- 標準報酬月額：「全民健保保険料額表」を参照。
- 被扶養者数：3人を超える場合は**3人**として計算。
- 平均被扶養者数：2016年1月1日以降は**0.61人**とする。
- 2016年1月より第四類および第五類の平均保険料は**1,759**元とし、政府が全額補助。
- 2010年4月より、第六類地区人口の平均保険料は**1,249**元とし、自己負担**60%**、政府負担**40%**とする。よって1人あたりの毎月の納付保険料は**749**元。



全民健保保險料負担比率表

保險対象			負担比率 (%)		
			被保険者	適用事業所	政府
第一類	公務員	本人および被扶養者	30	70	0
	公職員、志願役軍人	本人および被扶養者	30	70	0
	私立学校の教職員	本人および被扶養者	30	35	35
	公、民営事業、機構など一定の事業主を持つ被雇用者	本人および被扶養者	30	60	10
	事業主	本人および被扶養者	100	0	0
	自営業者	本人および被扶養者	100	0	0
	専門職および技術者	本人および被扶養者	100	0	0
	個人事業主	本人および被扶養者	100	0	0
第二類	職業組合の組合員	本人および被扶養者	60	0	40
	外国籍の船員	本人および被扶養者	60	0	40
第三類	農業従事者、漁業従事者、水利会会員	本人および被扶養者	30	0	70
第四類	義務役軍人	本人	0	0	100
	士官学校生、殉職者遺族	本人	0	0	100
	替代役役男	本人	0	0	100
	服役中の受刑者	本人	0	0	100
第五類	低所得世帯	世帯員	0	0	100
第六類	恩給受給者、恩給受給者遺族の世帯主	本人	0	0	100
		被扶養者	30	0	70
	地区人口	本人および被扶養者	60	0	40

全民健康保険料額表

組と区分	保険等級	保険料月額 (元)	実際の報酬月額 (元)	組と区分	保険等級	保険料月額 (元)	実際の報酬月額 (元)
第一組 区分 900 元	1	21,009	21,009 以下	第六組 区分 3,000 元	24	60,800	57,801-60,800
					25	63,800	60,801-63,800
					26	66,800	63,801-66,800
27	69,800	66,801-69,800					
第二組 区分 1,200 元	2	21,900	21,010-21,900	第七組 区分 3,700 元	28	72,800	69,801-72,800
					29	76,500	72,801-76,500
					30	80,200	76,501-80,200
					31	83,900	80,201-83,900
					32	87,600	83,901-87,600
第三組 区分 1,500 元	3	22,800	21,901-22,800	第八組 区分 4,500 元	33	92,100	87,601-92,100
					34	96,600	92,101-96,600
					35	101,100	96,601-101,100
					36	105,600	101,101-105,600
第四組 区分 1,900 元	4	24,000	22,801-24,000	第九組 区分 5,400 元	37	110,100	105,601-110,100
					38	115,500	110,101-115,500
					39	120,900	115,501-120,900
					40	126,300	120,901-126,300
					41	131,700	126,301-131,700
第五組 区分 2,400 元	5	25,200	24,001-25,200	第十組 区分 6,400 元	42	137,100	131,701-137,100
					43	142,500	137,101-142,500
					44	147,900	142,501-147,900
					45	150,000	147,901-150,000
第六組 区分 2,800 元	6	26,400	25,201-26,400	第十一組 区分 7,400 元	46	156,400	150,001-156,400
					47	162,800	156,401-162,800
					48	169,200	162,801-169,200
					49	175,600	169,201-175,600
					50	182,000	175,601 以上
第七組 区分 3,200 元	7	27,600	26,401-27,600	第十二組 区分 8,400 元	51	188,400	182,001-188,400
					52	194,800	188,401-194,800
					53	201,200	194,801-201,200
第八組 区分 3,600 元	8	28,800	27,601-28,800	第十三組 区分 9,400 元	54	207,600	201,201-207,600
					55	214,000	207,601-214,000
					56	220,400	214,001-220,400
第九組 区分 4,000 元	9	30,300	28,801-30,300	第十四組 区分 10,400 元	57	226,800	220,401-226,800
					58	233,200	226,801-233,200
					59	239,600	233,201-239,600
第十組 区分 4,400 元	10	31,800	30,301-31,800	第十五組 区分 11,400 元	60	246,000	239,601-246,000
					61	252,400	246,001-252,400
					62	258,800	252,401-258,800
第十一組 区分 4,800 元	11	33,300	31,801-33,300	第十六組 区分 12,400 元	63	265,200	258,801-265,200
					64	271,600	265,201-271,600
					65	278,000	271,601-278,000
第十二組 区分 5,200 元	12	34,800	33,301-34,800	第十七組 区分 13,400 元	66	284,400	278,001-284,400
					67	290,800	284,401-290,800
					68	297,200	290,801-297,200
第十三組 区分 5,600 元	13	36,300	34,801-36,300	第十八組 区分 14,400 元	69	303,600	297,201-303,600
					70	310,000	303,601-310,000
					71	316,400	310,001-316,400
第十四組 区分 6,000 元	14	38,200	36,301-38,200	第十九組 区分 15,400 元	72	322,800	316,401-322,800
					73	329,200	322,801-329,200
					74	335,600	329,201-335,600
第十五組 区分 6,400 元	15	40,100	38,201-40,100	第二十組 区分 16,400 元	75	342,000	335,601-342,000
					76	348,400	342,001-348,400
					77	354,800	348,401-354,800
第十六組 区分 6,800 元	16	42,000	40,101-42,000	第二十一組 区分 17,400 元	78	358,400	354,801-358,400
					79	364,800	358,401-364,800
					80	371,200	364,801-371,200
第十七組 区分 7,200 元	17	43,900	42,001-43,900	第二十二組 区分 18,400 元	81	377,600	371,201-377,600
					82	384,000	377,601-384,000
					83	390,400	384,001-390,400
第十八組 区分 7,600 元	18	45,800	43,901-45,800	第二十三組 区分 19,400 元	84	396,800	390,401-396,800
					85	403,200	396,801-403,200
					86	409,600	403,201-409,600
第十九組 区分 8,000 元	19	48,200	45,801-48,200	第二十四組 区分 20,400 元	87	416,000	409,601-416,000
					88	422,400	416,001-422,400
					89	428,800	422,401-428,800
第二十組 区分 8,400 元	20	50,600	48,201-50,600	第二十五組 区分 21,400 元	90	432,400	428,801-432,400
					91	438,800	432,401-438,800
					92	445,200	438,801-445,200
第二十一組 区分 8,800 元	21	53,000	50,601-53,000	第二十六組 区分 22,400 元	93	448,800	445,201-448,800
					94	455,200	448,801-455,200
					95	461,600	455,201-461,600
第二十二組 区分 9,200 元	22	55,400	53,001-55,400	第二十七組 区分 23,400 元	96	465,200	461,601-465,200
					97	471,600	465,201-471,600
					98	478,000	471,601-478,000
第二十三組 区分 9,600 元	23	57,800	55,401-57,800	第二十八組 区分 24,400 元	99	484,400	478,001-484,400
					100	490,800	484,401-490,800
					101	497,200	490,801-497,200

注：第 45 級 (含) 以下は、労働者退職金の積み立て月額表によって定める

2017 年 1 月 1 日発効



一般保険料の計算原則

1. 保険料は月ごとの計算を原則とします。そのため、資格を取得した当月は、どの日に取得しても、当月分すべての保険料を健保署に納付する必要があります。
2. 転出の当月は、最後の一日に転出した方を除いて、転出した月の分を元の適用事業所で保険料を計算して収める必要はありません。
3. 当月の最後の一日に転出した方は、適用事業所からその月の給与を受け取っていないと特別に注記しない限り、発効日はいずれも翌月の1日とします。健保署は、元の適用事業所からあなたの当月分の保険料全額を徴収します(例：11月30日に転出の場合、発効日は12月1日で、元の適用事業所から11月分の保険料を徴収)。

一般保険料の計算例

例1：張さんはA社に勤務しており、一か月の標準報酬は35,000元です。専業主婦の妻と、学校に通う子供が3人いる場合の計算例。

説明：

1. 張さんの一家全員の保険はA社が手続きを行います。被扶養者は4人ですが、現行の健康保険保険料の計算法では被扶養者数は3人が上限ですので、被扶養者1人は計算に含まれません。
2. 張さんの給与に基づき、張さんの標準報酬月額が36,300元(保険料額表第15級)と認定されます。
3. 張さんが毎月自己負担する保険料：

$$36,300 \text{ 元} \times 4.69\% \times 30\% (\text{金額は四捨五入}) \times (1+3) = 2,044 \text{ 元}$$
4. A社が毎月張さんのために負担する保険料：

$$36,300 \text{ 元} \times 4.69\% \times 60\% \times (1+0.61) (\text{金額は四捨五入}) = 1,645 \text{ 元}$$

5. 政府が全民健康保険法の規定に基づいて毎月張さんに補助する保険料：

$$36,300 \text{ 元} \times 4.69\% \times 10\% \times (1+0.61) \text{ (金額は四捨五入)} = 274 \text{ 元}$$

注：

1. 説明 4 と 5 の計算式の 0.61 は、平均被扶養者数。
2. 2016 年 1 月より保険料率は 4.69%。

例 2：李さんと妻は本籍地の役所で保険をかけている場合。

説明：

1. 李さんが毎月自己負担する保険料：

$$1,249 \text{ 元} \times 60\% \text{ (金額は四捨五入)} \times (1+1) = 1,498 \text{ 元}$$

2. 政府が毎月李さんに補助する保険料：

$$1,249 \text{ 元} \times 40\% \text{ (金額は四捨五入)} \times (1+1) = 1,000 \text{ 元}$$

補充保険料

補充保険料の計算

1. 下記に挙げる 6 項目の所得や収入時では、補充保険料料率（2016 年 1 月より、1.91% に調整）に基づき、適用事業所が所得や収入に料率を掛け、源泉徴収し補充保険料を納付します。

項目	説明	所得税コード (前 2 桁)
年間累計が標準報酬月額 の 4 倍を超える賞与	被保険者の給与所得のうち、標準報酬月額として計上されていない賞与（例：年末ボーナス、特別賞与、配当金など）の累計が当月の標準報酬月額の 4 倍を超える部分。	50
副業の報酬による所得	副業者（当機関の健康保険に加入していないものを指す）に給付される報酬所得。	50



項目	説明	所得税コード (前2桁)
業務執行所得	業務執行による収入(必要経費或いは原価を控除しない)。	9A 9B
株式による所得	企業が給付する株主配当金総額(配当金正味額+控除可能税額)。	54
利息所得	給付される公債、社債、金融債券、各種短期手形、預金、その他貸付金の利息。	5A 5B 5C 52
賃貸所得	機関、団体、会社など、給付する賃貸料(減価償却および費用を控除しないもの)。	51

2. 補充保険料は源泉徴収方式を採用し、給付時に納付義務者が徴収します。各保険対象が徴収される補充保険料は、保険者ごとに個別に計算され合算されません。

補充保険料の計算例

【利息所得】

- 事例：傅さんは B 銀行に多額の預金があり、そのうち 3 つは 2017 年 6 月 20 日に満期になります。支払われる利息は 1,500 元、25,000 元、1,800 元となり、B 銀行が補充保険料を徴収することになります。
- 計算：補充保険料 = 25,000 元 × 1.91% (金額は四捨五入) = 478 元。
- 説明：異なる預金証書の利息金額については補充保険料を別々に計算します。1,500 元および 1,800 元など 2 つの利息所得は控除下限 20,000 元に達しないため補充保険料の控除が免除されます。B 銀行は 2017 年 7 月 31 日までに徴収した傅さんの補充保険料 478 元を健保署に納付します。

注：2016年1月により、補充保険料率は1.91%に調整。

【賞与】

- 事例：王さんはコンピューターソフトウェア技師で、C社に勤務しており、標準報酬月額には月に15万円です。2017年2月に年末ボーナス45万円を受け取り、10月までにさらに利益分配賞与60万円を受け取りました。
- 計算：補充保険料 = 450,000 元 × 1.91% = 8,595 元。
- 説明：王さんは2月分の累計の賞与45万が当月標準報酬月額の4倍である60万円（150,000 元 × 4）を超えないため、補充保険料を徴収する必要がありません。10月に受けとった利益分配賞与60万円を賞与累計すると105万円で、標準報酬月額の4倍を超える45万円（105万円 - 60万円）となるので、C社は10月分の賞与を給付する際、先に補充保険料8,595 元を差し引きます。詳細な計算方法は次の表のとおりです。

給付日	賞与項目	当月標準報酬月額 (A)	4倍の標準報酬月額 (B=A × 4)	1回の賞与金額 (C)	累計賞与金額 (D)	累計が標準報酬月額の4倍を超える賞与 (E=D-B)	補充保険料基礎 (F) Min(C,E)	補充保険料額 (G=F×1.91%)
2017/02/01	年末ボーナス	150,000	600,000	450,000	450,000	-150,000	0	0
2017/10/01	利益分配賞与	150,000	600,000	600,000	1,050,000	450,000	450,000	8,595
小計					1,050,000			8,595

注：2016年1月により、補充保険料率は1.91%に調整。



3. 個人の補充保険料の上限・下限の扱い^{注1}

計算項目	下 限	上 限
通年の累計が当月の標準報酬月額 ⁴ の4倍を超える賞与	なし	賞与の累計が当月の標準報酬月額の4倍を超えた場合、超過分は1回1,000万円を限度とする。
副業の報酬による所得	1度に給付される金額が中央政府の労働主管機関が公告する基本給に達する給与所得	1回の給付は1,000万円を限度とする
株式による所得 ^{注2}	1回の給付は20,000元 ^{注3}	
利息による所得 ^{注2}	1. 雇用主または自営業者の加入者：保険料組み込み済みの計算部分を超過する1回の給付金額が20,000元 ^{注3} に達している。 2. 雇用主または自営業者でない加入者：1回の給付が20,000元 ^{注3} に達している。	1. 雇用主または自営業者の加入者：保険料組み込み済みの計算部分を超過する1回の給付金額は1,000万円を限度とする。 2. 雇用主または自営業者でない加入者：1回の給付は1,000万円を限度とする。
家賃収入 ^{注2}	1回の給付は20,000元 ^{注3}	1回の給付は1,000万円を限度とする
租金収入 ^{注2}	1回の給付は20,000元 ^{注3}	1回の給付は1,000万円を限度とする

注：

- 個人補充保険料の計算所得または収入が下限に達した場合は、全額で補充保険料を計算する。上限を上回った場合は、上限金額で計算する。
- 2015年1月1日より、中低所得世帯員、中低所得高齢者、生活保護を受けている児童および少年、心身障害生活保護受給者、特殊な家庭環境により保護を受ける者、全民健康保険法（以下「健保法」と略称）第100条に定める生活困窮者については、1回の給付額が中央政府の労働主管機関が公告する基本給（現在20,008元）に達しない業務執行所得、株式による所得、利息所得、賃貸所得は補充保険料が免除される。
- 2016年1月1日以降の調整。

4. 以下の対象者は関連の証明書類により、補充保険料が免除されます。

免除対象	免除項目	証明書
保険資格を有さない	(1)累計が当月の標準報酬月額 4 倍を超える賞金	保険資格のない者が自主的に知らせた後、納付義務者は健保署に確認する。
全民健康保険第 5 類に該当する低所得世帯保険対象	(2)非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得 (3)業務執行所得 (4)株式による所得 (5)利息所得 (6)賃貸所得	所得給付期間に行政機関の承認が有効期限内にある低所得世帯証明書。
第 2 類被保険者	非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得	所得給付期間に職業工が発行する保険証明や納付証明。
専門職および技術者が自ら開業や自営を行い、かつ職業工会の保険に加入している者(執行業務所得を標準報酬月額とする)	執行業務所得	所得給付期間： a. 専門職技術者として健康保険に加入した者：保険加入事業所が発行する保険証明。 b. 工会の健康保険加入者：職業工会が発行する保険証明や納付証明。
児童および少年		身分証明書。
労働保険に加入し、給与が基本給に達しない心身障害者	非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得かつ、給付日が 2013 年 1 月 1 日 から 2014 年 8 月 31 日 の期間内で、 1 回 の給付額が基本給に満たないもの	所得給付期間に行政機関が発給した有効期限内にある心身障害手帳や証明および労働保険証明書
国内で就学する定職に就いていない専門学校、大学の学部生および修士、博士課程の大学院生		所得給付期間に学校の登録リストや登録項目に捺印された学生証および非専従作業申告書



免除対象	免除項目	証明書
中低所得者	(1) 非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得かつ、給付日が 2013年1月1日 から 2014年8月31日 の期間内で、 1回 の給付額が基本給に満たないもの (2) 給付日が 2015年1月1日 以降かつ、 1回 の給付額が基本給に達しない以下の所得 1. 業務執行所得 2. 株式による所得 3. 利息所得 4. 賃貸所得	所得給付期間に行政機関の承認が有効期限内にある中低所得証明書。
健康保険法第100条に適合する経済的困難者		所得給付期間に保険者が発行した有効期限内にある経済的困難者証明書。
中低所得高齢者		所得給付期間に行政機関が作成した審査資格承認書。
心身障害者生活補助金を受領している者		
生活保護を受けている児童および少年		
特殊な家庭環境にあり保護を受ける者	給付日が 2015年1月1日 以降かつ、 1回 の給付額が基本給に達しない以下の所得 (一) 業務執行所得 (二) 株式による所得 (三) 利息所得 (四) 賃貸所得	

5. 事業主 (適用事業所) の補充保険料

(適用事業所が毎月支給する給与所得総額－被雇用者の当月標準報酬月額) × **1.91%**

- 上限は設けられていません
- 雇用主が計算後、月に応じて一般保険料と合わせて納付します

5

健康保険料の納付

保険料の計算に疑問がある場合の問い合わせ先は？

健保署からご本人または会社へ送付される納付書（納入告知書）に、担当者の電話番号が印刷されています。保険料計算に疑問がございましたら、当該担当者までお電話でお問い合わせください。

保険料の納付は、「相互扶助」かつ「節税」

所得税法第17条の規定により、健康保険料の項目別控除は金額の制限を受けません。つまり、総合所得税の精算申告の際、項目別控除を選択した場合は、その保険料の項目別控除は2項目に分けることができます。

1. 保険料支出

本人、配偶者および被扶養者となる直系親族がそれぞれ1年に納付する保険料（一般保険料と補助金を含む）は、すべて控除額として申告することができ、金額の制限はありません。つまり、普段納付する保険料が多いほど、税金申告時の控除が多くなり、所得税の納付は当然少なくなります。



2. その他の保険料支出

生命保険、傷害保険、年金保険、および労働保険、就業保険、農業保険、軍人・公務員・教職員保険などの保険料支出は、いずれも1年間に申告できる控除額に上限金額の制限があります。

保険料納付証明書を申請するには？

1. 保険に加入している会社（店舗）または組合（漁協、農協または水利会）に保険料納付証明書を申請、または、補充保険料の源泉徴収を行う各機関に補充保険料の控除証明書を申請できるほか、以下の方法でも前年度の保険料納付証明書の検索または申請が可能です。
 - (1) 健保署グローバルサイトにて、自然人証明カードまたは健康保険カードをもとに確認、ダウンロードできます。
 - (2) 身分証の原本をお持ちの上、保険に加入している郷（鎮、市、区）役所、健保署分区業務組または連絡事務所にお越しください。確認、申請が可能です。
 - (3) 自然人証明カードを使用してコンビニエンスストアのマルチメディア端末から確認、ダウンロードできます。
2. 各年度5月の総合所得税の申告期間中、各地区の国税局の支局、徴収所でも保険料のデータを確認することができます。また、自然人証明カードまたは健康保険カードを使用すると、総合所得税電子精算申告ソフトウェアにおいて、保険料の納付金額を確認することができます。

保険料の納め方

以下のいずれかの方法で納付してください。

1. 金融機関での引き落とし

健保署が代理徴収を委託する金融機関で預金口座から毎月自動引き落としで納付できます。

2. 窓口での納付

健保納付書を持参して、健保署が代理徴収を委託する金融機関の窓口で納付できます。

3. コンビニでの納付 (手数料は自己負担)

健保納付書を持参して、セブンイレブン、ファミリーマート、**Hi-Life**、**OK**などのコンビニエンスストアで納付できます (納付金額は最高2万円まで)。

4. 現金自動預け払い機 (ATM) での振り込み (銀行間手数料は自己負担)

銀行間自動振り込みサービスのマークのある現金自動預け払い機 (ATM) から振り込みで納付できます。

5. オンライン納付 (手数料は自己負担)

(1) モバイル納付サービス

健保署のオンラインサービス「個人健保データネットワークサービス」及び「国民健保モバイルアプリ」の「モバイルカウンター」にて、当座預金口座またはクレジットカードで、口座名義人またはカード所有者の保険料に限り納付できます。

(2) 全国納付ネット <http://ebill.ba.org.tw/> にログインして「保険料」を選択し、指示に従って当座預金口座 (口座所有者の保険料のみ納付可能) またはキャッシュカードで納付することができます。

(3) 台湾銀行のウェブサイト (URL <https://ebank.bot.com.tw/>) にログインし、インターネットバンキングを選択、キャッシュカードを使用して「各種税金 / 保険料の納付」を選択し、指示に従って情報を入力すると納付完了です。

銀行の預金口座からの自動引き落としによる納付をおすすめします。時間が節約され、保険料の未納による延滞金を徴収される恐れもなくなります。



納付忘れや引き落とし口座の残高不足の場合は？ (「納付遅延」と「延滞金」の計算)

保険料の銀行預金口座自動引き落としを申請し、正式に開始されると、委託を受けた金融機関は毎月 **15 日** (保険料の納付猶予期日の満期) に引き落としを行います。口座残高が不足の場合、保険料の引き落としは行われず、健保署から納付書が送付されますので、必ず納付書を持参して別の方法で納付して下さい。そのため、毎月 **15 日** までに口座に十分な残高を確保し、納付が支障なく行われるようにしてください。

どの方法で納付しても、納付猶予期限 (納付期限の翌月 **15 日**) を過ぎて保険料を納付する場合、健保署は猶予期限の翌日 (納付期限の翌月 **16 日**) から納付完了の前日まで、**1 日** ごとに納付保険料の **1000 分の 1** の割合で延滞金を課します。保険加入事業所及び納付義務者に課する延滞金は、納付する保険料の **15%** を限度とし、保険対象に課する延滞金は納付する保険料の **5%** を限度とします。



6

健康保険による医療サービス

診察と転院

健康保険で受診すると、健康保険から診察の際の診療費用と薬品費用の大部分が給付され、被保険者はわずかな費用を支払うだけとなります（「外来一部負担金」と「薬品一部負担金」に関する詳細は、第七章を参照）。

1. 診療所で診察を受け、必要な場合は病院に転院

各レベルの医療機関が最も適切なサービスを提供できるよう、事前にかかりつけの医師を選んでおくことをおすすめします。病気の際はまずその医師に診てもらいます。さらに詳しい検査、手術や入院の必要がある場合は、診療所から病院への転院制度（病院紹介制度）でサポートしてもらいます。

それにより、診療所の医師に完全な病歴を記録してもらい、専門の医療サービスを受けることができます。また、医師を探す時間と費用の手間が省けます。





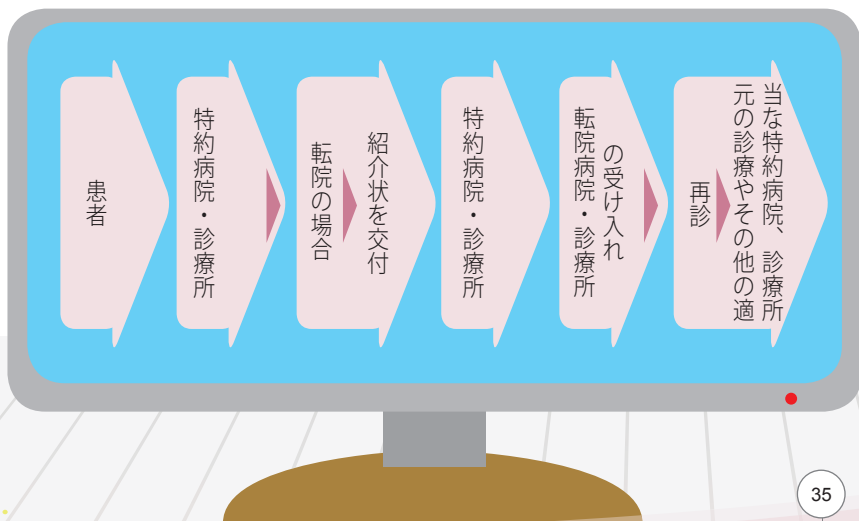
2. 病院で受診して転院しない場合は、支払う費用が増加

2005年7月15日より、保険診療所で受診した場合でも、診察の基本部分の負担は50元のまま変わりません。医師が転院が必要だと診断した時、診療所の医師の紹介状を持参の上、地区病院、区域病院、メディカルセンターでさらに進んだ治療を受けることができます。病院での診察による手術、緊急手術、入院患者の退院から1か月以内の最初の再診、および出産後の退院から6週間以内の最初の再診は、転院と見なされ、一部負担金を支払うだけとなります。

転院をせず、地区病院、区域病院、メディカルセンターで直接受診した場合（歯科、漢方医を除く）、「外来一部負担金」は場合により30、100、150元多くなります。病院で直接受診した場合の「薬品一部負担金」は、転院したか否かによる差はありません。

転院の手順

以下の手順を覚えておくと、転院がスムーズに行え、手間が省けます。



転院制度（病院紹介制度）

ステップ1：最寄りの保険診療所またはかかりつけの医師の診察を受け、医師による初期判断と治療を行います。

ステップ2：手術や検査、入院が必要な場合、医師が保険病院に転院してさらに治療を受けるよう指示します。医師は紹介状を交付し、転院の手配をします。これには診察日や診療科名などの指定、受付けといった手配を含みます。

ステップ3：紹介状の診察日の通り、指定病院の転院サービスカウンターまたは窓口に紹介状を提出して検査を受けます。

ステップ4：病院が転院患者を受け入れたら、診察は3日以内、入院は退院から14日以内に処理状況、アドバイスまたは退院病歴概要を元の病院や診療所に通知します。病状に応じて、引き続き病院で治療を受ける場合も合わせて連絡します。

ステップ5：引き続き転院病院や診療所の治療を受ける必要がなく、治療のフォローが必要な患者は、元の診療やその他の適当な保険病院、診療所にて治療を続けます。

注：

1. 転院作業は病院から診療所、診療所から病院または同レベルの転出、転入もすべて転院となります。
2. 健康保険の保険病院または診療所ではいずれも紹介状を発行できます。患者は紹介状を指定されたどのレベルの病院にも持参して受診することができ、1レベルずつ転院する必要はありません。

同一の治療プロセス

同一の診断で下記サービス項目を継続して治療する時は、同一の治療プロセスになります。



1. 一般医：初回治療日から

- (1) 2 日以内での軽い傷口への薬交換。
- (2) 30 日以内で 6 回以内の化学療法、薬物でない同じ種類の注射剤による注射。
- (3) 30 日以内で 6 回以内のリハビリテーション治療。
- (4) 30 日以内で 6 回以内の皮膚疾病光線療法、尿失禁電気刺激療法、骨盤底筋トレーニング。
- (5) 30 日以内で 6 回以内の術後の抜糸。
- (6) 30 日以内で 6 回以内の肺機能回復治療。
- (7) 翌月末前 6 回以内の 9 歳以下の児童のリハビリテーション治療。
- (8) 30 日以内のガン放射線治療。
- (9) 30 日以内の血液透析（腎臓透析）療法。
- (10) 30 日以内の高圧酸素療法。
- (11) 30 日以内の減感作療法。
- (12) 30 日以内の訪問看護治療。
- (13) 30 日以内の精神疾患社会復帰治療。
- (14) 30 日以内の精神科の活動治療、職能療法、心理療法。

2. 歯科医：初回治療日から

- (1) 30 日以内で 6 回以内の同じ歯の抜歯治療。
- (2) 30 日以内で 6 回以内の同じ歯の成形（虫歯の補填）。
- (3) 30 日以内で 6 回以内の同じ歯の治療性歯石除去。
- (4) 60 日以内の同部位の根管治療。

3. 漢方医：初回治療日から

- (1) 30 日以内で 6 回以内の同一診断の針灸治療。

(2) 30 日以内で 6 回以内の同一診断の脱臼整復療法。

(3) 30 日以内で 6 回以内の同一診断の傷科治療。

同一の治療プロセスでは、一回目の診察では一部負担金の支払いが必要ですが、治療期間に診察する二回目以降の一部負担金は免除されます（リハビリ物理治療や漢方の傷科治療を除く）。

診察時にリハビリ物理治療や漢方の傷科治療を行う場合は、同一の治療プロセスの 2 回目から、毎回 50 元の一部負担金を支払う必要があります（リハビリ物理治療「中度 - 複雑」および「複雑」治療を除く）。

治療の際には毎回健康保険カードを持参して、医療機関が受診記録を確認できるようにしてください。

注意事項

1. 元の治療を受けていた医師が同一の治療プロセスを行いながら、別の診察サービスを提供した場合も受診回数は差し引かれません。
2. 診察の過程で、病状の変化によって予定の治療が続けられず、医師が診察をやりなおす場合は、同一の治療プロセスには含まれません。一般の受診手順に従って受付、受診、支払いをする必要があります。

急診

急診時に行う処置、検査、薬の処方、健保署が大部分の費用を負担します。「急診時一部負担金」を支払ってください（急診時一部負担金の費用については、第七章を参照）。

入院

健康保険に加入されている方は、いずれも入院の必要がある場合、健康保険が大部分の「保険病床の病室費」と「入院費用」を給付するため、5%～30%の入院時一部負担金を支払うだけで済みます（入院時一部負担金の詳細は第七章を参照）。



1. 病室費

「保険病床」とは、各病室の病床が三床(含む)以上及び介護病床、隔離病床といった特殊病床を指します。保険病床に入院した場合、病室費用は完全に健康保険から給付されます。保険病床に入院しなかった場合は、病室費の差額を別途支払う必要があります。なお、病院の個室および2人部屋の病室費との差額は、当該病院の入院受付、ウェブサイト、病室看護ステーションの関連通知で確認できます。

病室費の計算方法は入院の日から起算して、退院の日は算入しません。つまり「入院日は含め、退院日は含めない」となります。

2. 入院費用

入院費用には、入院期間中の検査、治療、処置または手術等の費用が含まれます。入院日数には上限はありませんが、病状に対して必要となる治療内容に応じて定められます。

医師の判断で入院の必要はないとされながら、入院治療を希望する場合は、健康保険による給付はなく、自己負担で入院しなければなりません。また、一部の特殊な薬剤使用には給付の規定があり、医師による評価の後、病状が条件を満たす場合は健康保険から給付されます。

訪問看護

訪問看護は医師と看護師の協力により、患者の居宅で医療サービスを提供するものです。訪問、診療、治療材料の支給、一般の治療処理が含まれます。さらに呼吸器、消化器、泌尿器系の各種挿管と造設のケア、および検体の採取、ならびにご家族または介護者への看護指導も行います。

1. 申請するには

- (1) 入院患者で医師から訪問看護が適当だと評価された方は、該当病院の訪問看護部門で直接申し込めます。または、訪問看護部門がある別の医療機関あるいは看護機関で申請します。

- (2) 入院患者でなくとも、医師から訪問看護の条件を満たすと評価された方は、訪問看護部門がある別の医療機関あるいは看護機関に直接申請することができます。

訪問看護に当てはまる患者の評価基準

1. 患者が目覚めている時間のうち、ベッドやイスでの活動に制限されている割合が **50%** 以上。
2. 明確な医療や看護サービス項目を受ける必要がある場合。
3. 慢性疾患で長期的な看護が必要な患者、退院後も看護の継続が必要な患者。

2. 健康保険関連の規定

- (1) 訪問看護は **30** 日を同一の治療プロセスとし、毎月最初の訪問時に健康保険カードから受診回数が **1** 回差し引かれます。
- (2) 訪問看護の回数は、原則として看護師は毎月 **2** 回、医師は **2** か月に **1** 回とします。
- (3) 患者の一部負担金は、訪問ごとの実際の医療費用の **5%**(一部負担金免除条件を満たす場合を除く) とします。
- (4) 訪問に伴う交通費は患者の負担とします。

終末期ケア

健康保険で提供される終末期緩和ケアには、入院ケア、在宅ケア(コミュニティケアを含む)、共同ケアの **3** 種類があります。対象となるのは、各種がんの末期患者、筋萎縮性側索硬化症および **8** 類重症末期患者です。**8** 類重症末期患者とは、「老年期および初老期器質性精神障害」、「その他の脳変性」、「心不全」、「慢性閉塞性肺疾患、他に分類できないもの」、「その他の肺疾患」、「慢性肝疾患および肝硬変」、「急性腎不全、明確でないもの」、「慢性腎不全および腎不全、明確ではないもの」の重症末期患者を指します。



サービス内容

1. 入院ケア

すべての病院に終末期病床が設置されてはいませんが、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> で検索できます。または、サービスを提供する保険医療機関について健保署の各分区業務組に電話で問い合わせるから、直接受診することもできます。専門医の診断で条件を満たすとされた場合、医師がターミナルケア病室を手配し、厳格な専門訓練を受けたチームが終末期ケア同意書についてや侵襲性医療を実施しないことなどの注意事項について詳しく説明します。

2. 在宅ケア (コミュニティケアを含む)

ご自身やご家族が自宅または自宅から近い看護施設でのケアを希望する場合、健保署では在宅ケアも提供しています。専門の医療看護チーム (甲類) が訪問し、一般診療処置、および終末期患者とご家族の心理、社会、精神面のケアを提供します。2014年よりコミュニティ化した訪問看護 (乙類) を追加し、「コミュニティケア」の医療スタッフ規定が緩和されたことで、基礎開業医も資格適合の機会が得られ、ケアサービスが地域に根付き、離島地域の市民の利益となることが期待されます。在宅の患者のため、医療機関では24時間専用ダイヤルサービスも提供しており、いつでも電話で看護に関する質問を問い合わせることができます。24時間ダイヤルは健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> で検索できます。

3. 共同ケア

すべての病院に終末期ケア用の病床が設置されていないことから、終末期ケアを希望する患者が入院ケアを受けられない場合を考慮し、健保署では2011年4月から共同ケア試行プロジェクトを実施しています。一般の急性期病床、療養型病床、呼吸器ケア病室などの特殊な病室に入院している患者および急診の患者にも、元の医療チームのスタッフが同じ病院の「共同ケア」医療チームと共同で看護サービスを提供します (共同ケアチームは終末期ケアを提供、元の医療チームは引き続き入院看護を提供)。

健康保険の家庭医総合的ケア

同一地区の5軒以上の基礎診療所と当該地区の病院が提携し、共同で「コミュニティ医療グループ」を結成してチームワークでコミュニティ住民をケアするものです。

サービス内容

1. 「コミュニティ医療グループ」には24時間の医療問い合わせ専用ダイヤルが設置されており、いつでも質問に答えてくれます。また、持続性のある完備されたケアを提供します。
2. 健康管理と衛生教育を提供し、健康増進の正しい知識を身につけてもらいます。また、疾病検査やワクチン注射を強化し、セルフケア能力を増進させます。
3. 病院でさらに検査、処置、その他の専門医の紹介が必要な場合は、家庭医も提携病院と連絡を取って転院と入院をサポートし、病歴も提携病院に送られます。提携病院でも転院と診察の結果をただちに診療所へ回答します。家庭医の協力により、「正しい医師に、正しく見てもらう」ことができ、不必要な検査や投薬、病床を待つ時間が省け、大病院で長時間待たされるような心配もなくなります。
4. 病状が安定したら、病院のサポートで元の家庭医の診療所に戻ってケアを続けることができ、受診も便利になります。

「家庭医総合的ケアプロジェクト」の実施方法

健保署では皆様の前年の西洋医学基礎診察の受診行為を分析し、基礎ケアに最適な保険対象を見つけ出すとともに、最も頻繁に受診する診療所をメインケア診療所と見なします。前述の保険診療所が本プロジェクトに参加すると、健保署からコミュニティ医療グループの保険診療所にリストが交付されて健康管理サービスが提供されます。

最寄りの「コミュニティ医療グループ」の保険診療所のお問い合わせは、健康保険フリーダイヤル **0800-030-598** まで。健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> でも検索できます。



医療給付改善プラン

「予防は治療に勝る」と言いますが、ほとんどの病気は生じたばかりのころに検査で早期発見して治療できれば、よくなる確率が大幅に増加します。また、慢性病や長期治療が必要な病気でも、医師の指示に従って適時服薬し、しっかりコントロールすれば、健康な人と同様の生活を送ることができるものもあります。

健保署では「民衆のために健康を購入する」という理念に基づき、よくある病気を選んで総合的な「医療給付改善プラン」を立案しています。これは適切なインセンティブを与えることで、医療機関が患者に完備されたケアを持続的に提供できるようにするものです。さらに、医療の質と効率を費用支給の根拠とし、健康の購入を実現するという画期的なプランとなっています。

サービス内容

現在取り扱っている「医療給付改善プラン」の病気には、糖尿病、初期慢性腎臓病、ぜんそく、慢性B型およびC型肝炎ウイルスのキャリア、乳がん、統合失調症、妊婦・産婦の総合的ケアおよび早期療育などのプランが含まれます。病院では患者が医師を探すというこれまでのやり方を改め、個別の疾病管理で主体的に患者をサポートするようになりました。患者とともに治療計画を作成し、患者に時間どおり服薬させ、病状を追跡し、患者の再診察の時間を知らせるなどしています。

参加するには

健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> で検索できます。または、健保署の各分区業務組に「医療給付改善プラン」に参加している病院について電話で問い合わせれば、直接または転院で受診することができます。

医師の診断により、このプランに定める病気であることが確定した場合は、申請の必要はありません。専門の医療チームが病状を把握して、完全な治療計画を策定します。完全な治療と今後の追跡のため、同じ医療機関で継続して受診されることをおすすめします。

7

健康保険で受診するには

受診時は「健康保険カード」を忘れずに

受診、薬の受け取り、検査に関わらず、いずれも「健康保険カード」を持参すれば、健康保険で診察を受けることができます。ただし、登録料と一部負担金は支払う必要があります。

健康保険カードを忘れた場合は、医療費が全額自己負担になります。ただし、10日以内（休日を含まない）に健康保険カードと領収書を受診した診療所や病院に持参すれば、診療所や病院で納付済みの登録料と一部負担金を控除した残りの費用が還付されます。





受診後は「処方箋」(指示書)を忘れずに

処方箋は「指示書」とも呼ばれます。健保署の規定に基づき、医師は診察に責任を負うとともに、服用する薬を決定します。さらに、薬剤師は医師の処方に基づいて調剤し、薬を渡す際に服薬で注意する事項を説明します。

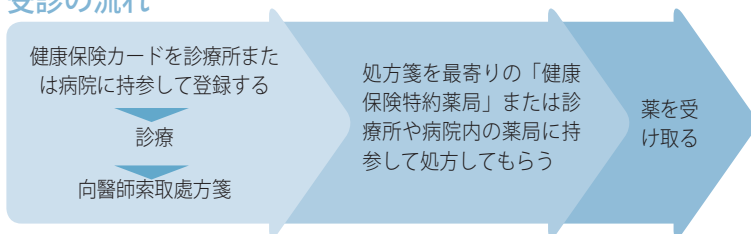
そのため、受診が終わったら、医師が治療に必要な薬品、用法、使用量を処方箋に書いて渡してくれます。受診から**3日以内(3日を過ぎた処方箋は無効。祝日の場合は順延。)**に処方箋と健康保険カードを持って「健康保険特約薬局(保険調剤薬局)」で薬を受け取ってください。(受診した診療所や病院に有資格の薬剤師が所属する場合は、処方箋を持って診療所や病院の薬局で薬をもらうことができます。)

処方箋には次の内容が含まれています。

1. 患者の氏名、年齢(または生年月日)。
2. 病状の診断、処方した医師の署名または捺印。
3. 診療所または病院の名称、住所、電話番号。
4. 薬品の名称、薬の形状、薬品の数量、含有量、服用の指示(服用の期間または時間等の服用の際の注意事項)。
5. 処方箋の発行日、連続処方の指示(その処方箋で連続して薬を受領できる回数と毎回の投与日数)。



受診の流れ



注：

登録料は医療機関が徴収する事務費用となります。健康保険法の規定に基づき、登録料は健康保険の給付項目ではなく、健保署が徴収するものでもありません。不明な点は、最寄りの地方衛生局までお問い合わせください。

一般処方箋の使用規定

医師は1回につき7日分の薬を処方することを原則とします。慢性病と診断された場合、医師は1回につき最大30日分の薬を処方することができます。(慢性病の連続処方箋については、第九章を参照)

処方箋で処方された薬品が薬局になく、医師もその薬でなければならぬと注記していない場合、薬剤師は最初の処方よりも価格が「高くない」薬品で、成分、薬の形状、含有量が同じ別ブランドの薬品に代替できます。ただし、この代替薬品は健康保険の給付が適用される薬でなければなりません。

転院受診の規定

通っている保険病院や診療所では人員、設備、専門能力が限られ、完全な治療ができない場合は、治療できる別の医療機関への転院(病院紹介制度)でサポートします。ただし、病状が急を要する場合は、保険医療機関が適当な



緊急処置を施してから、転院しなければなりません。また、転院による治療の後、病状が安定してきてその医療機関で治療を受け続ける必要がない場合は、保険医療機関が元の機関または別の適当な保険医療機関への転院をサポートし、追跡治療を続けられるようにします。

上述の転院に当てはまる場合、家庭医または保険医療機関の転院担当部署が適当な転院受診を手配します。それには受診日や診療科の決定、登録のサポートも含まれ、小さな病院から大きな病院へと段階を踏んで転院を繰り返す必要はありません。医師が紹介状を発行する際は、転院先の医師と連絡を密に取ることが推奨されます。このような転院制度は双方の意思疎通と専門医療の手配によるため、転院書に記載の保険病院や診療所、診療科で受診しなければ、医師は最適なケアを提供できません。

特別な理由により、紹介状に記載された受診日に受診できない場合は、転院を受け入れる保険医療機関の転院受付に問い合わせれば、受診日を改めて手配してもらえます。(転院受診の方法については、第六章を参照)

一部負担金

保険診療所や病院で受診の際は、全民健康保険が負担する医療費用のほかに、自分でも一部の費用を負担する必要があります。これが「一部負担金」です。こうした規定は主に医療リソースの大切さを呼びかけるためのものです。病気の方を助けるためのものであり、医療リソースを必要などころに用い、決して無駄にしないためのものです。

大まかには、一般的な受診で支払う一部負担金には、外来一部負担金と薬品一部負担金があります。診察時にリハビリ物理治療や漢方の傷科治療を受ける場合は、「リハビリ(漢方医の傷科治療を含む)一部負担金」を支払う必要があります。入院が手配された場合は、退院の際に「入院時一部負担金」を支払う必要があります。

1. 外来一部負担金

種類	基本一部負担金				
	一般医学受診		急診	歯科	漢方医
病院レベル	紹介	紹介なし			
メディカルセンター	210 円	360 円	450 円	50 円	50 円
区域病院	140 円	240 円	300 円	50 円	50 円
地区病院	50 円	80 円	150 円	50 円	50 円
診療所	50 円	50 円	150 円	50 円	50 円

注：

- 『心身障害者証明書』をお持ちの方は、病院レベルを問わず、受診時の外来一部負担金がいずれも診療所と同じ 50 円となります。
- 手術後、緊急手術後または入院患者の退院から 1 か月以内の外来の受診、および出産後の退院から 6 週間以内の最初の受診は、転院と見なされ、病院から証明書が発行されます。

2. 薬品一部負担金

薬価	一部負担金	薬価	一部負担金
100 元以下	0 円	601 ～ 700 円	120 円
101 ～ 200 円	20 円	701 ～ 800 円	140 円
201 ～ 300 円	40 円	801 ～ 900 円	160 円
301 ～ 400 円	60 円	901 ～ 1,000 円	180 円
401 ～ 500 円	80 円	1,001 元以上	200 円
501 ～ 600 円	100 円		

3. リハビリ (漢方医の傷科治療を含む) 一部負担金

診察時に理学療法や漢方の傷科治療を受ける場合は、同一の療養の 2 回目から、毎回 50 円の一部負担金を支払う必要があります (リハビリ物理治療「中度 - 複雑」および「複雑」治療を除く)。



4. 入院時一部負担金

健康保険特約病院に入院した場合、急性、慢性病室の種類および入院日数に応じて、その入院の全額に対する一定の比率の費用を負担します。これが入院時一部負担金で、その負担比率は以下のとおりです。

病室	一部負担比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病室	--	30日以内	31-60日	61日以上
慢性病室	30日以内	31-90日	91-180日	181日以上

注：

同一の疾病によって、急性病室に30日以内の入院をした場合、または慢性病室に180日以内の入院をした場合は、支払う一部負担金に自己負担限度額が規定されています。例えば、2016年1月1日から2016年12月31日の期間、同一の疾病で急性病室に30日以内の入院をした場合、または慢性病室に180日以内の入院をした場合は、1回の入院の一部負担金限度額は36,000元となり、年間の入院の一部負担金上限は59,000元となります。年間の一部負担金上限の超過分は、翌年6月30日に還付を申請できます。(注：健保署が毎年その年の入院時一部負担金の上限を公布します) 59,000元となります。年間の一部負担金上限の超過分は、翌年6月30日に還付を申請できます。(注：健保署が毎年その年の入院時一部負担金の上限を公布します)

還付の申請

1. 全民健康保険自己負担医療費還付申請書に記入の上、医療費領収書の正本と費用明細書を添付し、最初に治療を受けた医療機関の所在地の健保署分区業務組に提出して申請します。
2. 申請書は健保署各分区業務組の窓口またはグローバル情報ネットで入手できます。アドレス：<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民衆／自墊醫療費用核退／自墊醫療費用核退簡介／全民健康保險醫療費用核退申請書。

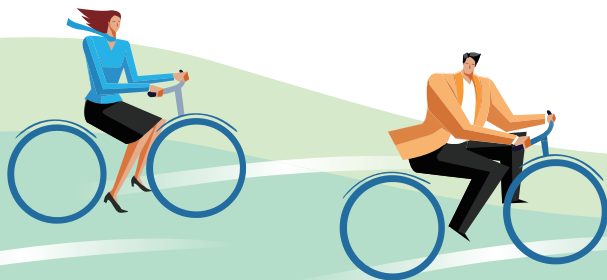
一部負担金が免除される場合

1. すべての一部負担金が免除される方

- (1) 重大な傷病、分娩および山地や離島地区で受診する方。
- (2) 離島地区の病院や診療所から台湾本島に転院した受診または急診の方。
- (3) 健康保険カードに「栄民」と記載されている方、「栄民」遺族の世帯主の方。
- (4) 低所得世帯。
- (5) 3歳以下の子供。
- (6) 結核患者と認定され、指定の特約病院で受診する方。
- (7) 労働災害で受診される労働保険の被保険者。
- (8) PCB中毒の油症患者。
- (9) 100歳以上の方。
- (10) 服役期間中で兵役身分証明書を持つ代替役の男性（一般代替役の男性および第一段階、第二段階の研究開発代替役の男性を含む）。

2. 薬品一部負担金が免除される方

- (1) 「慢性病連続処方箋」で調剤（28日以上処方）の場合（衛生福利部の定める慢性病は高血圧や糖尿病など100種類に及びます。グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> で検索してください）。
- (2) 歯科の医療サービスを受ける方。
- (3) 全民健保医療サービス給付項目および全民健康保険医療費支払基準で規定される「病例別報酬計算項目」のサービスを受ける方。





3. リハビリ一部負担金が免除される方

- (1) 実施するリハビリ物理治療が「中度 - 複雑治療」の場合。つまり、実施する中度治療項目が **3** 項目以上で、合計時間が **50** 分を上回る場合。筋肉電気刺激など **14** 項目。
 - (2) 実施するリハビリ物理治療が「複雑治療」で、治療専門スタッフが自ら実施する必要がある場合。バランス訓練など **7** 項目。リハビリ科の医師の処方に限る。
4. 医療リソースの欠乏する地区で受診、急診、訪問看護サービスを受ける場合、一部負担金の **20%** が減免されます。(健保署では年に一度医療リソースの欠乏する地区を公表)

支払領収書、医療費項目明細書と薬品明細書

受診後または退院時には、必ず診療所や病院から「支払い領収書」、「医療費項目明細書」と「薬品明細書」を受け取り、大切に保管しておいてください。

1. 支払領収書

「支払領収書」の明細には、「健康保険申告項目」および「自己負担費用項目」の **2** 項目の費用と健康保険カードの受診番号が含まれます。個人総合所得税を申告する際は、この領収書を控除額に含め、証拠とします。健康保険カードの受診番号でその年の受診回数がわかり、健康保険カードの盗用を防止できます。

一部の診療所や病院で個別に出される「支払領収書」は「医療費用項目明細書」と合わせて同じ用紙に印刷されることがあります。

2. 医療費項目明細書

「医療費項目明細書」の内容には、受診時の自己負担金額(登録料と一部負担金およびその他の自己負担項目を含む)、健康保険請求点数(それぞれの費用点数には、診察費、診療費、薬剤費、薬事サービス費を含む)などの項目が含まれます。一般医のリハビリ治療または漢方医の傷科治療を受けた場合は、「医療費項目明細書」に治療項目も含まれます。

この明細書があれば、受診した診療所や病院に支払った自己負担費用の項目と金額が正しいかどうかを確認することができます。また、受診時に健保署が支出した点数もわかります。

3. 薬品明細書

「薬品明細書」の内容には、受診者の氏名、性別、薬品名、薬品の含有量と数量、用法と用量、調剤場所(医療機関または薬局)の名称、住所、電話番号、調剤者の氏名、調剤(または交付)日、警告などのデータが含まれます。これらの情報は薬事法の規定により、薬袋に印刷しなければならず、薬袋に表示できない場合は薬品明細書を添えなければなりません。

薬品明細書により、服用する薬品と服用の仕方がわかります。異なる科の医師による診察が必要な際は、その医師が参考にします。

患者の自己負担が必要な場合は、医師が事前に告知

医師が「健康保険非給付項目」の医療行為を行う場合は、必ず事前に告知し、同意を得なければ実施できません。

医療費明細書にある「自己負担項目」の関連費用について、不明な点がある場合は、病院にお問い合わせください。医療機関に詳細をお問い合わせいただくか、健保署のお問い合わせフリーダイヤル **0800-030-598** までお電話ください。



全民健康保険法第 51 条の規定に基づき、以下の項目の費用は健康保険給付の範囲ではありません。

1. その他の法令に基づき、各レベルの政府が費用を負担すべき医療サービス項目。
2. 予防接種およびその他各レベルの政府が費用を負担する医療サービス項目。
3. 薬物依存症(アルコール、ニコチンを含む)治療、美容外科手術、非外傷治療性の歯列矯正、予防性手術、人工生殖技術、性転換手術。
4. 市販薬、医師や薬剤師の指示する薬品。
5. 医師、特別看護師および看護師の指定料。
6. 血液。ただし緊急の傷病で医師の診断により輸血の必要があると判断された場合を除く。
7. 人体試験。
8. 日中の入院。ただし精神疾患のケアを除く。
9. 経管栄養法以外の食事、病室費の差額。
10. 患者の交通、登録、証明書類。
11. 義歯、義眼、眼鏡、補聴器、車椅子、杖およびその他積極的な治療性のない装具。
12. その他、保険者が定め、健康保険会の審議を経て、管轄機関の承認を受けて公告された診療サービスおよび薬物。特殊材料自付差額。

特殊材料の自己負担差額

1. 健康保険では特殊材料の自己負担差額品目を緩和し、受診時の選択をより多く提供しています。

健保署が現在給付している特殊材料は、十分に供給されており、一定の効果を収めています。また、医療用品の性能は日々新しく改善されています。さらに、健保署は皆さんの経済的な負担を軽減するため、現行品目の機能の一部を改善しました。しかし、価格が高く、健康保険の給付に含まれない特殊材料は、差額の自己負担をお願いすることで、受診時により多くの選択肢が選べるサービスを提供しています。

(1) 新型心臓ペースメーカー

1995年8月3日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される心臓ペースメーカー（電極、リードを含む）は、微弱な電流を流して心臓に刺激を与えて心拍数を調整し、心機能の維持および心臓の収縮を行います。しかし、「新型心臓ペースメーカー」はより優れた信号検出機能を備えており、心機能への適合性を高め、患者の長期臨床的ニーズにより即したものとなっています。ですが、この心臓ペースメーカーにも禁忌症などがあり、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。

「新型心臓ペースメーカー」の使用を希望する場合、健保署では心臓ペースメーカーの適応症の方に対し、「心臓ペースメーカー」の価格に基づいて給付します。差額は患者の負担となります。

(2) 薬剤溶出または特殊カバードステント

2006年12月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される一般の血管内ステントも使用に耐えますが、「薬剤溶出または特殊カバードステント」とは一般の血管内ステントに薬を塗布または特殊コーティングを施し、血管の再狭窄の確率を下げるものです。なお、禁忌や副作用があるため、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。



「薬剤溶出または特殊カバードセント」の使用を希望する場合、健保署では血管内ステントの適応症の方に対し、「一般の血管内ステント」の価格に基づいて給付します。差額は患者の負担となります。

(3) 特殊な材質の人工股関節

セラミックの人工股関節及びメタルオンメタルの人工股関節を含み、それぞれ**2007年1月1日**および**2008年5月1日**より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される人工股関節の人工骨頭は、チタン合金やクロム合金の金属製で、臼蓋側のライナーは耐久性の高い高分子ポリエチレンで、磨耗率がかなり低くなっています。慎重に使用すれば、ほぼ人工関節の置換手術を再度行う必要がなくなります。

「セラミックの人工股関節」または「メタルオンメタルの人工股関節」の使用を希望する場合、健保署では「従来の人工股関節」の使用規定を満たす方に対し、「従来の人工股関節」の価格に基づいて給付します。差額は患者の負担となります。なお、禁忌や副作用があるため、専門医の詳細な評価を受ける必要があります。

(4) 特殊機能の人工水晶体

2007年10月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。健康保険で規定する白内障手術の利用規範を満たす方が使用する「一般機能の人工水晶体」は、健康保険の給付対象となります。合成樹脂(**PMMA**)、シリコン(**Silicone**)またはアクリル(**Acrylic**)製で、手術で挿入すると、長期的な安定性に優れ、すでに**90%**以上の白内障患者が利用しています。「特殊機能の人工水晶体」には適応症と禁忌症があるため、すべての白内障患者に適用されるわけではありません。

患者が白内障手術の利用規範を満たし、医師の詳細な説明を受けて十分に理解した後、「特殊機能の人工水晶体」の使用を希望する際は、健保署が「一般機能の人工水晶体」の価格に基づいて給付します。超過分は患者の自己負担となります。

(5) 耐久性生物組織心臓弁膜

2014年6月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で使用している人工心臓弁膜は、すでに多くの患者に十分提供されています。新たに追加された機能カテゴリーである耐久性生物組織心臓弁膜は、生物弁膜の一種に属し、従来の生物組織心臓弁膜と比較すると、抗石灰化技術、生物組織固定方式、弁膜ステントの材質、埋め込み方法の設計または使用限界年数等、全て大幅に進歩した設計とデータ証明を有しています。しかし、耐久性生物組織心臓弁膜にも禁忌と副作用があるため、専門の医師による詳細な評価により、最良の治療および処置を決定する必要があります。

人工心臓弁膜を使用した置換手術を必要とする場合、まず医師の詳細な説明を受けて十分な理解を得ます。その上で、高額な自己負担差額カテゴリーに分類される「耐久性生物組織弁膜」の使用を希望する時、健保署は従来の生物組織心臓弁膜の支給金額に基づき給付し、超過分は患者の自己負担となります。

(6) 圧可変式脳室腹腔シャント手術

2015年6月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される一般の脳室腹腔シャント手術は圧固定バルブであり、病状が安定している患者に対しては良好な予後効果が得られ、多くの患者に施されています。ですが、不安定な状態にあり、後に変化する可能性がある患者（例：正常圧水頭症、外傷性疾患、小児疾患など）に対しては、圧力設定を変更し、再手術が必要となる可能性があります。「圧可変式脳室腹腔シャント手術」は再手術の必要がなく、体外から直接圧力を調整できますが、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。

脳室腹腔シャント手術が必要で、医師の詳細な説明を受けて十分に理解した後、圧可変式脳室腹腔シャント術を希望する場合は、健保署が



一般の脳室腹腔シャント手術の価格に基づいて給付します。超過分は患者の自己負担となります。

(7) 浅大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置

2016年5月1日より、自己負担差額の項目に加われました。新たに加わった「浅大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置」(薬剤溶出ステント及び薬剤溶出バルーンを含む)は、従来のバルーン拡張術或いは大腿動脈血管内ステント(金属ステント)に比べて一年後の平均再閉塞率が低いものの、患者によって病状が異なるため、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。

大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置の使用を必要とする場合、医師から詳しい説明を受け十分に理解した後、浅大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置の使用を希望する方に対し、健保署では大腿動脈血管内ステント(金属ステント)の支給価格に基づいて給付し、超過分は患者の自己負担となります。

2. 患者が十分な情報を得られるよう、保健医療サービス機構が患者に自己負担差額品の使用を提案する際、情報を公開し、十分な告知を行った上で、同意書を得るように、健保署は規定しています。

医療機関が保険対象に自己負担差額の特殊素材を提供する場合、広く一般に十分な情報を提供するため、以下の二段階の手順を通じて告知しなければなりません。

◎第一段階

- (1) 手術または処置の2日前(緊急時を除く)に、医師は保険対象者あるいは家族に説明書を渡すと同時に十分な説明を行わなければなりません。医師および保健対象者あるいは家族はそれぞれ2部一式の説明書に署名し、1部は保険対象者または家族が保管し、残りの1部はカルテとともに保管します。

- (2) 説明書の記載事項：自己負担差額特殊素材品目の費用と製品特性および使用理由、注意事項、副作用、健康保険給付品目との治療効果の比較。

◎第二段階

- (1) 保険対象者またはその家族は関連の医療情報を入手後、別途医療サービス機構によるその料金徴収について説明を受け、十分に考える時間を与えられなければなりません。その上で更に2部一式の同意書にサインをし、1部は保険対象者が保管し、残りの1部はカルテとともに保管します。
- (2) 同意書の記載事項として：自己負担差額品目の名称および品目コード、医療器材許可証番号、単価、数量、患者自己負担金額などが記載されます。

医療機関は領収書を保険対象者または家族に提供しなければなりません。また、自己負担差額品目の名称、品目コード、単価、数量、自己負担総額を記載した明細表を添付する必要があります。

自己負担差額品目の追加、取り消しまたは料金徴収基準の変更について、医療機関は健保署の規定に基づき、健康保険情報ネットワークサービス（VPN）に登録し、健保署のグローバル情報ネットに公布し、広く検索を行える状態にしなければなりません。健保署のグローバル情報ネットのトップページにて「自己負担医療器材費用比較サイト」で各医療機関の料金徴収状況が検索可能で、さらに医療器材許可証の該当品目適応症、禁忌症、副作用および注意事項等にもアクセスできます。

ご意見やお問い合わせ

受診の際、保険医療機関が上記の規定に従っていない場合は、以下の方法でお知らせください。

1. フリーダイヤル **0800-030-598** で、担当者がただちに対応します。



2. 健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> のお問い合わせメール。
3. 健保署の各分区業務組または連絡事務所へ連絡。

争議審議の申請

健保署が裁定している下記事項で不服がある場合は、健保署より承認文書が届いた翌日から **60 日以内**に衛生福利部全民健康保険争議審議委員会に争議審議の申請を行うことができます。

1. 保険対象資格および保険加入手続き
2. 標準報酬月額 of 査定事項
3. 保険料、滞納金、罰金事項
4. 保険給付事項
5. その他保険権益関連事項

衛生福利部全民健康保険争議審議会の連絡先は以下の通りです。

住所：11558 台北市南港区忠孝東路 6 段 488 号

URL： <http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB>

業務内容		電話番号	
権益争議事項	保険対象および適用事業所の保険料、補充保険料、保険加入資格、保険給付、重大疾病の証明発行に関する事項、健康保険医療サービス機構の健康保険特約事項およびその他権益に関する案件	(02)8590-7222	
医療費用審議事項	争議審議の受理作業	(一) 書面申請、歯科	(02)8590-7163
		(二) メディア申請、事前審査	(02)8590-7162

8

健康保険カードの機能、更新と保管および申請

健保署では、**2004年1月1日**から健康保険カードを全面的に導入しています。カードに所有者の写真がある場合、受診時に医療機関で身分証を提出して確認する必要がありません。カードのチップには直近**6回**の受診データが記録でき、重大な傷病、重要検査や服薬などのデータが含まれ、皆様の健康を守り、受診時の保障が受けられるようになっています。

健康保険カードの機能

1. 各受診記録の登録

健康保険カードは全民健康保険の受診証明となり、各受診記録はいずれも健康保険カードに登録されます。



全民健康保險



豪健康



105/01/01



2. 重要検査、薬品処方登録

健康保険カードには服薬および検査項目も登録されます。医師が診療する際、医師カードと併用することで、これまでの服薬と検査項目を確認でき、服薬や検査の重複が避けられ、受診時の安全が保障されます。医療の質を向上させるとともに、医療の無駄を省くことができます。

3. 重大傷病の登録

重大な傷病は健康保険カードに直接登録されています。患者が該当の重大傷病で受診する際に健康保険カードを携帯していれば、一部負担金が免除されます。

重大傷病の証明を申請して認可された保険対象者は、受診の際、健康保険カードに重大な傷病のデータが記録されていない場合、診療所や病院で更新してもらうことができます。または、カードリーダーの設置場所（健保署の各分区業務組または郷、鎮、市、区役所）で健康保険カードの重大傷病の登録を自分で更新することもできます。

4. ドナーまたはターミナルケアの登録

「中華民国ドナー協会」または「財団法人移植ドナー登録センター」、「台湾終末ケア協会」で用紙に記入すると、上述の組織から資料が衛生福利部に送られます。さらに、衛生福利部から健保署に転送されてデータベースに登録され、健康保険カードを更新する際、健康保険カードに書き込まれます。これにより、医療スタッフはすみやかにドナーまたは終末ケアの意思を確認することができます。

5. 健康保険カードチェックシステムを利用して、適切な加入を

現在健康保険に加入していない場合、健康保険で受診することはできません。健康保険カードの6回の受診回数を使い果たした場合、またはカードの有効期限が過ぎた場合は、その健康保険カードの更新や入院の手続きはできません。受診の権利を確保するため、すみやかに適切な加入手続きを行ってください。

6. 健康保険カード申請登録のオンラインサービス

健保署では、グローバル情報ネットに「個人健保データネットワークサービス作業」のページを開設し、各種保険業務について「自然人認証」を利用したオンライン申請を受け付けています。2015年2月4日からは「健康保険カード」オンライン申請登録サービス、各種健康保険業務に関する検索や申請をご利用いただけます。

健康保険カードの更新

以下の状況が生じた場合、カードの更新手続きを行ってください。

1. 受診回数を使い果たした場合

健康保険カードは、カードデータを更新するたびに利用可能な受診回数が6回になります。ただし、受診の必要性が高い保険対象者については、受診回数が多く与えられ、6歳未満の子供は18回、70歳以上の方は12回となります。受診回数を使い果たした場合は、健康保険カードを更新しなければ引きつぎ診察を受けることはできません。

2. カードの有効期限が過ぎた場合

健康保険カードには使用の有効期限が設定されています。有効期限内に健康保険カードを確実に更新できるようにするため、有効期限は誕生日の前日に設定されています。毎年誕生日の30日前からカードリーダーの設置された場所で健康保険カードを更新することができます。あるいは当該期間中に受診の際、保険診療所や病院でカードを更新してくれます。

3. 資格を変更した場合

低所得世帯または無職の「栄民」に変更した場合も健保署の各分区業務組や受診する診療所、病院など、カードリーダーの設置された場所で健康保険カードを更新する必要があります。これにより一部負担金が免除されます。



4. カードの更新場所

受診回数を使い果たした場合、通常は診療所または病院で登録の際に健康保険カードリーダーを利用して、更新してくれます。また、健保署の各分区業務組、連絡事務所、郷(鎮、市、区)役所の健康保険カードリーダーから自分で更新することもできます。

健康保険カードで個人の受診データが流出するのでは？

1. 健康保険カードには厳密なカードデータの保護が設計されています。保険医療機関のカードリーダーは、健保署が提供する「セキュリティモジュールカード」を取り付けなければ作動しないようになっています。厳格な権限および相互認証システムにより(例えば、医師は「医師カード」を使用しなければ、重大傷病や受診時の処方箋などの個人情報にアクセスできません)、誰もがむやみにデータにアクセスできないようになっています。そのため、個人の受診データが流出する恐れはありません。
2. 健康保険カードを有効にするパスワード機能も利用できます(新規カードのデフォルトはパスワード無効)。パスワードを設定すると、カードリーダーやセキュリティモジュールでも、正確なパスワードを入力しなければ、カードのデータを読み取ることはできません。
3. パスワードは健保署の各聯合サービスセンター、連絡事務所および各郷(鎮、市、区)役所の専用カードリーダーで設定、変更及び解除できます。パスワードを忘れた場合は、**0800-030-598**へお問い合わせ頂き、パスワードの設定を解除してください。

健康保険カードの保管

健康保険カードの表面のデータやチップが磨耗すると、健康保険カードは正常に読み取れなくなります。そのため、特に注意してください。

1. カードを折り曲げたり、チップを引っかいたり押さえつけたりしてチップが破損しないようにする。
2. 水洗いしたり水に浸さない。アルコール、溶剤、消しゴムでチップをこすらない。鋭利なものと一緒に保管しない。カードを酸やアルカリが強いなど腐食性のある環境に置かない。
3. チップは電気や火、高温を避け、テレビやパソコンなど磁力の強い環境に置かない。

健康保険カードの有効期限は？

健康保険カードの耐用年数は長く、転職しても再発行する必要はありません。健康保険カードを適切に保管してください。

新生児または外国籍の方が最初に健康保険カードを申請・受領するには？

第2章をご参照ください。該当する資格に基づいて健康保険に加入し、記入済みの「健康保険カード請求申請表」と身分証明書のコピー及び2インチの写真1枚（または写真無しを選択）を本署の各分区業務組に郵送して申請してください。最初の健康保険カードは無料で発行し、カード発行費用を支払う必要はありません。申請後カードが届く前に受診が必要な場合、保険加入表及び身分証明書を持参して、特約医療施設で「例外受診名簿」に記入すると、健康保険資格で受診することができます。本国籍の新生児で、出生から60日以内に受診が必要な場合、父親または母親の健康保険カードで受診することができます。



健康保険カードの破損、紛失、姓名変更、写真交換などの手続きは？

1. 窓口申請・受領

ご自身で手続きを行う場合は、健保署の各連合サービスセンターまたは連絡事務所に身分証明書の原本、**2インチの写真1枚**、作成費**200元**をお持ちになり申請してください。代理人を通じて窓口で手続きを行う場合は、申請者と代理人の身分証明書の原本を提示していただき、窓口の担当者が確認を行います。

健康保険カードの窓口申請・受領場所

業務組	担当機関	住所
台北業務組	聯合サービスセンター 保険加入部門サービスセンター 信義カード発行所 宜蘭連絡事務所 基隆連絡事務所 金門連絡事務所	台北市中正区公園路 15-1 号 5 階 台北市中山区中山北路 1 段 7 号 台北市大安区信義路 3 段 140 号 B1 宜蘭縣羅東鎮駅前北路 11 号 基隆市中正区義一路 95 号 金門県金城鎮環島北路 65 号 1 階
北区業務組	聯合サービスセンター 桃園連絡事務所 新竹連絡事務所 竹北連絡事務所 苗栗連絡事務所	桃園市中壢区中山東路 3 段 525 号 桃園市桃園区介寿路 11-4 号 新竹市北区武陵路 3 号 新竹県竹北市光明九路 9-12 号 苗栗県苗栗市中正路 1146 号
中区業務組	聯合サービスセンター 豊原連絡事務所 沙鹿連絡事務所 彰化連絡事務所 南投連絡事務所	台中市西屯区市政北一路 66 号 台中市豊原区瑞安街 146 号 台中市沙鹿区福鹿街 16 号 彰化県彰化市中華西路 369 号 3 階 南投県草屯鎮中興路 126 号

業務組	担当機関	住所
南区業務組	聯合サービスセンター 新宮連絡事務所 嘉義連絡事務所 雲林連絡事務所	台南市中西区公園路 96 号 台南市新営区東学路 78 号 嘉義市西区徳安路 131 号 雲林県斗六市莊敬路 395 号
高屏業務組	聯合サービスセンター 岡山連絡事務所 旗山連絡事務所 屏東連絡事務所 東港連絡事務所 澎湖連絡事務所	高雄市前金区中正四路 259 号 高雄市岡山区大義二路 1 号 高雄市旗山区中学路 60 号 屏東県屏東市広東路 1518 号 屏東県東港鎮中正路 1 段 210 号 澎湖県馬公市西文里西文澳 63-40 号
東区業務組	聯合サービスセンター 台東連絡事務所	花蓮県花蓮市軒轅路 36 号 台東県台東市四維路 3 段 146 号

注：

2016 年より健保署はその他各県市の連絡事務所においても健康保険カードの窓口申請の受付を開始します。業務開始時期に関する詳細は、健保署グローバル情報ネットにてご確認ください。

2. 郵便局における代理受付

「健康保険カード申請表」に記入し、申請表の表面に 2 インチの写真、裏面に身分証明書のコピーを貼り、作成費 200 元を添えて窓口の職員に提出してください。およそ 7 業務日で新しいカードを受け取ることができます。申請表は郵便局または健保署グローバル情報ネットで入手できます。

各地の郵便局の営業時間および場所については、中華郵政のウェブサイト <http://www.post.gov.tw> でご確認ください。

3. オンライン申請

インターネット上で申請を行う場合は以下の方法で手続きを行ってください（破損、紛失、写真の変更による健康保険カードの再発行申請に限ります）。



申請プラットフォーム	マルチ認証オンライン保険引き受け作業プラットフォーム	個人健保データネットワークサーバ作業	玉山銀行ウェブサイト	国民健保モバイルアプリ
URL	https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/loginca.aspx	https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx 保険加入	https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/	App Store または Google play でダウンロード
使用するもの	保険加入組織の認証および委任した者の自然人証明カードまたは健康保険カード	自然人認証または健康保険カード	玉山銀行の IC キャッシュカード	自然人証明カードまたは健康保険カードを登録済みでバイディングされたモバイルデバイス
申請できる方	保険加入適用事業所内で保険に加入しているすべての保険対象	自然人認証または健康保険カード保有者本人とその家族	IC キャッシュカード保有者本人	健康保険カードの登録アカウントの本人及び家族

注：

オンライン申請では、インターネットバンキングまたは全国納付ネットを利用した振り込みで作成費をお支払いいただけます。また、ダウンロードした払込票を使ってスーパーマーケットや金融機関で作成費をお支払いいただくこともできます。お支払いに必要なとなる手数料や健康保険カードのオンライン申請の操作方法については、健保署グローバル情報ネット www.nhi.gov.tw 内の健康保険カードの申請および確認のページでご確認いただけます。

4. 戸籍事務機関による代理手続き

身分証の紛失や基本情報（身分証番号、氏名、生年月日）の変更の手続きと同時に各地の戸政事務所で健康保険カードを申請できます。戸政事務所で身分証の申請を行う際にあわせて健康保険カードの申請を行い、払込票を利用して支払いを済ませると、約 7 業務日で健康保険カードを受領できます。ただし、14 歳以下の身分証を受領していない国民が基本情報を変更する場合は、写真のない健康保険カードのみ申請可能です。

5. 郷（鎮、市、区）役所での申請

健康保険カードを紛失、破損した場合に最寄りの役所で申請できます。身分証の原本、写真ディスクを持って郷（鎮、市、区）役所で申請を行い、払込用紙を利用して支払いを済ませると、約7業務日でカードを受領できます。代理人を通じて窓口で手続きを行う場合は、申請者と代理人の身分証明書の原本を提示していただき、窓口の担当者が確認を行います。

健康保険カードの外観に異常はないが、使用できない場合は？

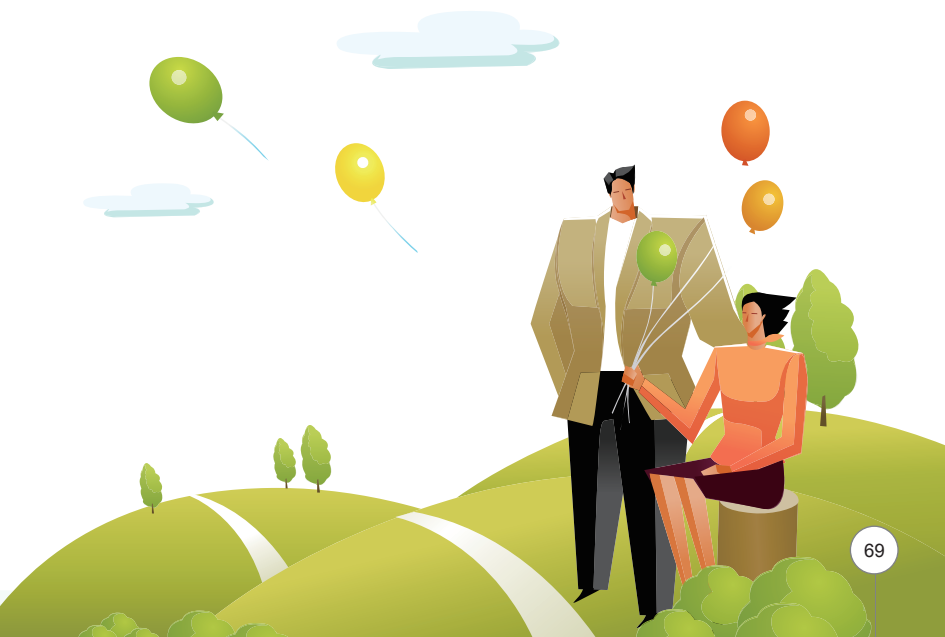
1. カードのチップ部分の表面、裏面の錆び、傷、剥離の有無および細部や突起部などの状態を確認し、「健康保険カード申請表」のその他事由に、「読み取り不能（破損なし）カードの交換手続き」と記入してください。
2. 身分証明書のコピー、2インチの写真、古いカードを本署まで郵送するか、身分証の原本を持って直接本署の各業務組にお越しになり手続きを行ってください。
3. 代理人を通じて窓口で手続きを行う場合は、申請者と代理人の身分証明書の原本の提示をお願いします（身分証を受領していない14歳以下の方は戸籍名簿の原本をお持ちください）。

注意事項：

1. 新たなカードに換える時、交換するカードの作成費200元が必要です。新しいカードを申請し終えたと同時に健保署は旧健康保険カードを自動的に抹消するため、旧カードは再度使用できなくなります。



2. 新カードの申請時にカード上に写真を載せるか否かを選択できます。写真を載せる場合は「健康保険カード受け取り申請表」上に2年間以内の2インチ、正面、無帽、半身で、色付きレンズのメガネをかけていない写真を1枚貼ります。写真を載せない場合は受診時に身分証明書を必ず持参し、保険医療機関の確認に備えてください。
3. 健康保険カードの交換で再発行申請しており、カードを取得していない期間に急きょ受診することが必要になった場合、14日以内のカード交換再発行作成費納付の証明（例：健康保険カード申請の領収書）を持参して、保険医療機関で「例外受診名簿」に記入すると健康保険加入者として受診することができます。



特殊な傷病患者の医療 権益

慢性病患者（慢性病連続処方箋）

保険医の診断で疾病が「衛生福利部公告の慢性病」とされ、病状が安定していて時間どおりに服薬すれば病状を管理できる場合は、医師から「慢性病連続処方箋」が処方され、受診費用が節約できます。慢性病の適用範囲については、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> において一般民衆 / 健保医療サービス / 慢性病連続処方箋の順にリンクをたどり、ご確認ください。

「慢性病連続処方箋」の使用期限は、当該処方箋の薬剤支給日数で計算し、最大 **90** 日です。通常は **3** 回に分けて薬をもらい、**1** 回あたり最多で **30** 日分受け取ることができます。薬を受け取る際、病院、診療所或いは調剤薬局では健康保険カードを確認しますが、受診回数は加算されません。カードにはお受け取りになった「慢性病連続処方箋」の薬が登録されるだけで、毎回薬の受け取りが **28** 日を越えると、薬品一部負担金も免除されます。





行動が不自由な方（医師の認定または受託人が念書を提出）や、出航して遠洋漁業や国際航路の航空機や船舶に乗っている方（受託人が念書を提出）、もしくは健保署が認めた特殊な事情をお持ちの方（自己認識していない精神疾患など）のように長期の服薬が必要な慢性病患者で、自分自身では受診ができず、継続して同様の薬剤を受け取るような場合、第三者に病状を説明してもらうことで、医師が病状を把握し専門知識により適切だと判断すれば、本人不在でも同じ薬剤を処方してもらうことができます。

「慢性病連続処方箋」は医療費の節約になりますが、「一般処方箋」または「慢性病連続処方箋」のどちらが適用されるかは、医師の判断が必要です。疾病が衛生福利部公告の慢性病であっても、病状が不安定な場合は、診療所や病院でこまめに受診する必要がある、「慢性病連続処方箋」の使用には適しません。

慢性病連続処方箋の注意事項

1. 服薬の中断を避けるため、薬品を使いきる **10 日前**から薬を受けとれます。毎年旧正月の春節期間中も、長期の連休となるため、薬品の使用を中断させないよう、事前に薬をもらうことができます。
2. 「慢性病連続処方箋」があれば受診した診療所や病院、または保険調剤薬局で薬がもらえます。所在地に保険調剤薬局がなく、受診した保険診療所や病院でも薬をもらうことができない場合は、最寄りその他の保険病院や衛生所で薬がもらえます。
3. 出国（出国が **2 か月**を超える予定）、離島地区への渡航、遠洋漁船の船員が出航する予定、或は国際航路の乗員が出航する予定がある場合、あるいは希少疾病の患者の場合は、薬をもらう際に関連証明書が宣誓書があれば、慢性病連続処方箋の総支給量を一度に受け取ることができます（この際全部の薬の量は **3 か月分**を限度とします）。

4. 「慢性病連続処方箋」の薬品を服用している期間中、気分が悪く なったりした場合は、ただちに元の保険診療所や病院で受診して ください。また、元の処方箋を持参して主治医と相談してくださ い。なお、処方箋の薬は必ず医師に知らせ、医師が知らずに同様 の薬を処方することがないようにして、安全な服薬ができるよう にしてください。
5. 「慢性病連続処方箋」を紛失した場合は、元の保険診療所や病院 で改めて受診してください。薬を受け取り済みで、同じ薬を重複 して受け取る場合は、薬代を自己負担していただきます。

重大傷病の患者

患者の傷病が医師の診断で衛生福利部公告の重大疾病項目に含まれると確定された場合、関連資料を提出して申請します。資格を満たす場合は重大傷病証明書が発行されます。認定されたデータが健康保険カードに登録され、患者が重大傷病証明書の有効期限内に医療機関で受診する際、重大傷病証明書に記載の傷病である場合、または医師が重大傷病に関する治療であると認定した場合は、診察および入院ともに一部負担金の支払いが免除されます。

重大傷病以外の疾病については、一般の手順に従って受診し、一部負担金を支払う必要があります。

重大傷病の範囲と申請方法については、健保署のウェブサイトを確認してください。<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民眾／健保醫療服務／重大傷病專區查詢。

労働災害の患者

健康保険のほか、労働保険にも加入している場合、労働災害で健康保険の保険診療所や病院で受診する際は、一部負担金が免除となり、入院時の30日以内の半数の食費も労働保険で負担されます。



労働災害の定義

1. 職務の遂行により発生した傷害。
2. 従業員労働保険職業病種類表および労働保険職業病種類に追加された適用職業範囲、職場で発生した職業病。
3. 出退勤の途中で発生した事故による傷害。正しい出退勤の時間と経路であると確認でき、重大な交通規則の違反がない場合。

注：

1. 労働災害事故の発生は「労働保険被保険者の職務遂行による傷病の審査準則」の規定に従うこと。
2. 出退勤の経路とは日常の居住地から就業場所までに必ず通る経路のこと。

受診時に持参する書類

1. 労働保険職業傷病医療表 (労働保険職業傷病問診表、あるいは労働保険職業傷病入院申請書)。
2. 健康保険カード。

注：

1. 「労働保険職業傷病医療表」は労働保険局のグローバル情報ネットまたは各地の事務所ですぐ入手でき、適用事業所の捺印を受けた後、受診に使用できます。詳細は労働保険局のウェブサイト <http://www.bli.gov.tw> をご覧ください。
2. 1枚の「労働保険職業傷病票」で、同一の診療所または病院で同一の傷病に限り、6回まで使用できます。
3. 「労働保険職業傷病問診票」を持参せずに受診した際、衛生福利部が職業病診療資格を有すると認定した医師または地区の大学病院以上の病院の専門医による診断で、労働災害と確認された場合にのみ、同様に一部負担金が免除されます。

受診時に「労働保険職業傷病医療表」を持参せず、一部負担金をすでに支払った場合はどうすればいい？

1. 受診の日から 10 日以内 (休日を含まない) あるいは退院前に受診した診療所または病院に「労働保険職業疾病医療表」を提出します。診療所あるいは病院から支払い済みの一部負担金が還付されます。

2. 受診日から **10 日**以内または退院前に労働保険労災医療所表を提出し、受診治療当日 (或いは退院日) から **6 カ月**以内 (**2012 年 12 月 21 日**から、特別な原因がある場合は **5 年**以内) は、以下の書類を労働保険局に郵送し、支払い済みの一部負担金の払い戻しを申請します。
 - (1) 労働保険労働災害支払い済み医療費還付申請書。
 - (2) 労働保険職業傷病問診表または入院申請書 (上述のとおり、還付申請書は適用事業所の捺印による証明がある場合は不要) 。
 - (3) 医療費の領収書原本および費用明細。領収書原本と費用明細を紛失または他の用途に利用した場合、それらを発行した医療機関が捺印した証明書と原本の内容と一致する写しを提出する必要があります。
 - (4) 診断書または証明書類。

注：

「労働保険労働災害支払い済み医療費還付申請書」は労働保険局および各地オフィスにて受け取ることができます。また、労働保険局のグローバル情報ネットからもダウンロードできます。

1. 労働保険局グローバル情報ネット：<http://www.bli.gov.tw/> 労災労働者 / 労災医療給付 / 範例及び書類のダウンロード / 労働保険労働災害支払い済み医療費還付申請書。
2. 労働保険局の住所：**10013** 台北市羅斯福路 1 段 4 号。電話番号：**(02)2396-1266**

希少疾病の患者

希少疾病も重大傷病項目に含まれます。医師の診断で確認し、衛生福利部国民健康署へ確診が報告されると、重大疾病証明の申請が可能になり、該当疾病に関連する治療は一部負担金が免除されます。希少疾病用医薬薬に対しては、健康保険はいずれも「用途指定」方式で給付し、希少疾病患者が適切な治療を受けられるようにしています。



希少疾病患者は保険医療機関で受診でき、臨床医の診断により処置と薬品の処方を行います。また、関連薬品の保険給付規定を参考に処理します。

必要な薬品のうち、薬品許可証が出されておらず、衛生福利部が輸入（または製造）に同意して「希少疾病防止および薬物法」が適用された薬品は、健保署の審査を経て使用しなければなりません。関連する申告の方法および手順は、健保署のグローバル（<http://www.nhi.gov.tw>） / 資料ダウンロード / ファイルダウンロード / 用薬品目の中の、「希少疾病用医薬薬の全民健康保険給付申請作業の方法と手順」、「健康保険用薬で『希少疾病防止および薬物法』が適用された品目」を参考にしてください。



10

受診が困難な方へのサポート

政府による健康保険料の補助

一部の方は保険料に政府の補助が受けられます。補助額とその適用を受けられる方は以下の通りです。

1. 全額の補助が受けられる方

- (1) 低所得世帯。
- (2) 中低所得世帯の 18 歳未満の児童および少年。
- (3) 中低所得世帯の 70 歳以上の国民。
- (4) 「地区人口」として、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所で保険に加入し(無職)、満 55 歳以上および 20 歳未満の先住民族の方。





- (5) 蘭嶼に籍を置き、「地区人口」(無職)または労働組合、農協、漁協などの会員または被扶養者として保険に加入している先住民族の方。
- (6) 極度または重度の心身障害を持つ方。
- (7) 失業中の被保険者およびその失業に伴って転出した被扶養者(補助を受ける方は第6類第2目の地区人口として加入の方、および第1類、第2類、第3類の被扶養者として加入の方に限ります)は、失業給付または職業訓練生活補助期間中の健康保険料が補助されます。
- (8) 台北市の先住民族の方(満20歳～55歳未満で台北市に籍を置き、実際に6か月以上居住している方は、自己都合ではない失業、急な経済的困難または類似の特殊な状況で健康保険が中断され、かつその他の機関で同類の補助を申請、受領していない場合、台北市政府原住民事務委員会の各区役所が送致する申請者名簿の審査に通過すると、毎年1人3か月以内の自己負担健康保険料が補助されます。
- (9) 離島地区に籍を置いて満1年の65歳以上の高齢者。
- (10) 低所得世帯の戸籍登録前の新住民(本署を通じて内政部移民署に「新住民発展基金」の補助を申請し、認可を得ます)。

2. 1/2の補助が受けられる方

- (1) 社会救助法に定める中低所得世帯。
- (2) 中度の心身障害を持つ方。
- (3) 中低所得世帯の戸籍登録前の新住民(本署を通じて内政部移民署に「新住民発展基金」の補助を申請し、認可を得ます)。

3. 1/4の補助が受けられる方

軽度の心身障害を持つ方。

4. 補助の上限を地区人口の保険料とし、2016年1月により、749元に調整

- (1) 桃園市 (税率 20%未滿の方) または高雄市 (税率 5%未滿の方) の戸籍を満 1 年有する 65 歳以上の高齢者。
- (2) 台北市の戸籍を満 1 年有する、満 70 歳または 2015 年 12 月 31 日以前に満 65 歳以上の高齢者 (税率 20%未滿の方) 。
- (3) 新北市、桃園市、新竹市、新竹県、台中市、彰化県、雲林県、嘉義市、台南市、宜蘭県、台東県、花蓮県または澎湖県に 1 年以上籍を置く 65 ~ 69 歳の中低所得の高齢者。
- (4) 台北市、高雄市の戸籍を (満 1 年) 有し、中低所得高齢者生活補助の条件に当てはまる 70 歳未滿の高齢者。
- (5) 台北市、桃園市に満 1 年以上籍を置く 55 歳以上の先住民の方 (税率が 20%に達していない方) 。
- (6) 台中市に満 1 年以上籍を置く 65 歳以上の高齢者または 55 歳以上の先住民族の方 (税率が 5% に満たない方) 。
- (7) 基隆市に満 3 年以上籍を置く 65 歳以上の高齢者または 55 歳以上の先住民族の方。
- (8) 台南市中石化汚染安南区の住民 (2005 年 6 月 30 日以前に頭宮、鹿耳、四草に籍を設けた方) および經濟部で登録された従業員。
- (9) 台南市、高雄市の戸籍を有する (満一年かつ税率 12%未滿の方) 満 65 歳以上の軽度、中度の心身障害者。
- (10) 高雄市の戸籍を満一年有し、心身障害者手帳を持っており、かつ税率 5%未滿の方。
- (11) 澎湖県の 6 歳以下の幼児またはがん患者。



以上の各補助対象者であれば、健保署に申請する必要はありません。健保署では、各補助部門から提供された資料に基づき、補助する保険料を差し引いて徴収します。補助を受ける資格がありながら、保険料が補助を受けていないなどの問題がある場合は、関連の補助部門で確認してください。(各レベルの政府が扱う保険対象の健康保険料補助項目については、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> のトップページにアクセスし、画面左側の「一般民衆」で「経済弱者のサポート」をクリックしてから「各レベルの政府が扱う保険対象の健康保険料補助項目の一覧表」をクリックして確認してください)。

一時的に保険料や一部負担金が支払えない場合は

臨時の経済的困難により保険料や一部負担の医療費が支払えない場合、健保署では以下の方法でサポートします。

1. 救済基金の貸付

- (1) 申請条件：「全民健康保険経済困難認定標準」を満たし、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所に認定された方。
- (2) 申請方法：国民身分証、印鑑(自ら手続きができない場合、代理人の国民身分証、印鑑の確認が必要で、かつ代理人は成人であること)および「全民健康保険経済困難認定標準」に一致する認定書(貸付申請者本人の家族全員の戸籍名簿、経済困難資格条件、直近年度の所得及び財産等の証明)を持参して下さい。自己負担の医療費の貸付を申し込む場合は、保険医療機関から発行された請求書を添え、健保署の各分区業務組に提出して申請し、申請が通過すると、貸付書の約定に従って分割返済できます。

2. 社会福祉団体からの保険料補助

- (1) 申請条件：戸籍のある郷（鎮、市、区）役所で「地区人口」として加入し、保険料が支払えない方。
- (2) 申請方法：戸口名簿または戸籍謄本、および村里長が発行した貧困証明書（または病気のために仕事ができず生計に影響すると医師が判断した場合は病院の診断書を添付）を所属する健保署の各分区業務および連絡事務所に提出して仲介を申請します。社会福祉団体の審査に通過すると、社会福祉団体から保険料の補助が受けられます。

3. 保険料の分割納付

(1) 申請条件

- ① 救済基金の貸付の申請資格を満たさないものの、保険料の滞納（延滞金を含む）が2,000元以上あり、経済的困難から一度に支払うことのできない方、あるいは特殊な状況が発生した場合、戸籍所在地の村、里長が発行した保険料が一度に納付できない証明、あるいは年間の総合所得総額が最近の年間個人免税額、標準控除額及び給与所得特別控除の総額に達していないことを示す証明書を提出して理由を説明すれば、健保署の各分区業務組の承認手続きを経て分割返済できます。
- ② 被保険者の保険料が行政執行に移送され、行政執行署の管轄区域分署の職員が分割返済に同意した場合。

- (2) 申請方法：身分証、印鑑（自ら手続きができない場合、代理人の国民身分証、印鑑の確認が必要で、かつ代理人は成人であること）を持参し、最寄りの健保署の各サービスセンターに提出して申請します。申請の際に1期目の支払いを済ませます。ただし、未納分が行政執行署の管轄区域分署に移送されている場合は、分割納付を申請し、行政執行機関の同意が必要になります。（お問い合わせは健保署の各サービスセンターまで。電話番号、住所は付録をご覧ください）



経済的困難または経済的特殊困難の資格条件に含まれる状況

1. 社会救済法により中低所得世帯と認定され、かつ郷(鎮、市、区)役所発行の証明を取得。
2. 主に家計を負担する方が以下のいずれかの状況で、保険料が納付できない場合。
 - (1) 死後 2 年未満。
 - (2) 行方不明から 6 か月以上が経過しており、捜索願の届出から 2 年未満。
 - (3) 障害者証明書を所有。
 - (4) 重大傷病または長期療養が必要で働けない。
 - (5) 妊娠 6 か月以上または分娩から 2 か月以内。
 - (6) 兵役または代替役で、期間が 6 か月以上残っている。
 - (7) 服役中で、期間が 6 か月以上残っている。
 - (8) 失業から 6 か月以上。
3. 家族の一員が以下のいずれかの状況で、保険料が納付できない場合。
 - (1) 配偶者または共同生活の肉親が重大傷病。
 - (2) 母子または父子家庭で、未成年の子女を単独で扶養する必要がある。
 - (3) 直系卑属が死亡し、その卑属の未成年の子供を単独で扶養する必要がある。

さらに詳細な規定は、健保署のグローバル情報ネットでダウンロードできます。URL：<http://www.nhi.gov.tw/> 経済弱勢協助措施／纾困基金貸款。または無料の電話サービス 0800-030-598 までお問い合わせください。

医療の權益を保障、健康保険カードのロック解除、未納保険料の納付請求の強化

医療を平等に受ける権利という普遍的な価値をより確かなものにするため、**2016年6月7日**より「保険料の未納と受診権のロック解除(全面的なカードのロック解除)案」が実施されています。健康保険カードの全面的なロック解除を推進し、国民の受診權益の公平性を保障します。保険加入手続きを行えば、安心して受診することができます。また、保険料を納付することができない方に対しては、分割納付、救済基金の貸付及び社会福祉団体からの保険料補助等の未納サポート措置を提供します。御不明な点がございましたら、健保署の専用ダイヤルへお問い合わせ下さい：**0800-030-598**。

特定患者の受診時の一部負担金の軽減

1. 「障害者証明書」をお持ちの方は、受診する病院のレベルを問わず、受診時の基本一部負担金が診療所レベルの**50元**となり、一般の方(**80-360元**)よりも低くなります。
2. がん、慢性の精神疾患、人工透析、希少疾病および先天性疾病などで重大傷病証明書をお持ちの方は、該当する疾病で受診する際の一部負担金が免除されます。また、希少疾病患者の權益を保障するため、衛生福利部公告の希少疾病に必要な薬品は、すべて健康保険が全額支払い、受診に伴う経済負担を実質的に軽減させます。

社会的弱者から控除する補充保険料の下限を引き上げ

やむを得ず副業、アルバイトをせざるを得ない方を考慮し、弱者を保護するため、補充保険料制度実施初期(**2013年1月1日から2014年8月31日まで**)に、少年、中低所得世帯、中低所得の高齢者、障害者生活補助費受給者、または労働保険の保険加入給与が中央労働者主管機関の公布する最低賃金に満



たない障害者、国内の在学中で定職のない学生および健康保険法第 100 条が定める経済困難者などの対象者は、非所属の適用事業所が給付する給与所得（アルバイト収入）の 1 次給付金額が最低賃金に満たない場合、補充保険料の控除が免除されます。

家計の事情により副業を必要とする低所得被雇用者について、経済的負担の重さを考慮し、**2014 年 9 月 1 日**より衛生福利部は非所属の適用事業所が給付する給与所得の補充保険料控除の水準を一律最低賃金まで引き上げています。

2015 年 1 月 1 日より、中低所得世帯員、中低所得高齢者、生活保護を受ける児童および少年、心身障害生活保護受給者、特殊な家庭環境により保護を受ける方、および全民健康保険法第 100 条に定める生活困窮者について、1 回の給付額が中央政府の労働主管機関が公告する基本給に達しない業務執行所得、株式による所得、利息所得、賃貸所得は補充保険料が免除されます。

医療リソースの欠乏する地区改善プラン サービス内容

健保署では、医療リソースが欠乏している地域で、医療リソースの欠乏地区改善プランを実施しています。「地域責任」の精神に基づき、漢方医、一般医、歯科医などの医療リソースの不足する地区で住民が受診できるように医療サービスを提供することを奨励しています。

提供するサービスを知るには

医療機関が提供する僻地医療サービスの場所や時間帯は、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> で確認できます。または、健保署の各分区業務組に電話して、保険医療機関が提供する僻地医療サービスについてお問い合わせください。最も近くの医療機関で受診することができます。

11

自己負担医療費の還付

下記の状況が当てはまる場合、申請期限内に関連の書類を用意して健保署の各分区業務組に申請すれば、審査の結果に応じて健保署から医療費が還付されます。

1. 緊急的な状況により、保険診療所または病院に行けず、最寄りの保険契約をしていない機関で急診した場合。あるいは外国に滞在中で、急な傷病や出産により、現地の病院や診療所で診察を受ける必要があった場合。
2. 給付の一時停止期間中に保険契約のある機関で受診し、当該機関の保険料など関連費用を納付済みの場合。





3. 保険契約のある機関で受診し、自分に責任のない事由から（例：保険料追納期間の受診、受診時低所得世帯、「栄民」、肺結核、障害者手帳等の証明書の提示が間に合わなかった方）、医療費を自己負担することになり、保険医療機関の払い戻し期限内（受診日から **10** 日以内、休日を除く）または退院前に健康保険カードおよび身分証明書を提出しなかった場合。
4. 年間累計で、救急病室に **30** 日以内、または慢性病室で **180** 日以内の入院一部負担が法定の上限を越える方。
5. 入院期間中に重大傷病を申請した保険対象について、退院後に認定された方で、一部負担金を支払い済みで、かつ医療機関の払い戻し期限内（受診日から **10** 日以内、休日を除く）に病院で払い戻しを申請されなかった方。

申請期限

1. 診察、急診を受けた当日、あるいは退院した日から **6** カ月以内。ただし、航海中の船員は、帰国した日から **6** カ月以内。
2. 一時給付停止期間に医師にかかった場合、かつすでに該当機関の保険料を納付済みの方は、申請期限は保険料精算日から **6** カ月以内（直近 **5** 年以内の未払い期間の医療費申請が可能）。
3. 国内外を問わずこの期限であり、期限を超過した場合は払い戻しが申請できないため、ご注意ください。
4. 年間の入院一部負担金が法定の上限を越える方は、期限は翌年 **6** 月 **30** 日以前とします。
5. 入院期間中に重大傷病の申請を行った保険対象者で、退院後に認定された方は、退院の日から **6** カ月以内に申請を行ってください。

請求に添付する書類

1. 全民健康保険自己負担医療費還付申請書

以下のいずれかの方法で申請書が入手できます。

- (1) 最寄りの健保署の各分区業務組、または連絡事務所の受付で直接受け取る。
- (2) 健保署グローバル情報ネットからダウンロード。URL：<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民衆 / 自墊醫療費用核退 / 自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單 / 全民健康保險自墊醫療費用核退申請書。
- (3) 健保署グローバル情報ネットにログインし、申請情報を入力後申請書をプリントアウト。URL：<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民衆 / 自墊醫療費用核退 / 自墊醫療費用核退線上登打作業系統。

2. 医療費領収書の正本及び費用明細

医療費領収書の正本や費用明細を紛失した場合、あるいは、その他の用途で正本資料を使ってしまった場合は、受診した国内の診療所や病院に領収書のコピーを申請できますが、診療所または病院の印および「正本と同様」という印が押されたものでなければいけません。国外で医師にかかり領収書のコピーに印を押してもらうことが困難な場合は、病院に戻って印を押してもらう必要はありません。その他、国内外を問わず、提供する領収書が正本ではない場合、正本を提出できない理由を明記した「医療費用の領収書の正本を提出できない声明書」に署名の上提出しなければなりません。

3. 法定代理人あるいは受託者による代理申請の場合、申請者が署名し、受託者の身分証明書のコピーを提出しなければなりません。

4. 診断書または証明書類

本保険の施行区域外（国外および中国大陸）または健康保険適用外の診療所、病院で受診した場合、医師または病院に以下の証明書類を請求してください。



- (1) 診察または急診の場合は、「受診診断証明書」。(症状および診断された疾病名の記載が必要)。
- (2) 入院の場合は、「退院病歴概要」。
5. 外国で受診した医療費の還付を申請する場合は、該当する出入国証明書類のコピー(写真つきの旅券及び中華民国出入国印など)、内政部移民署にオンライン申請、受領した出入国証明書または対応機関の発行する証明書を用意してください。未入国の場合は、代理人に申請を委託し、「委託書」を添付してください。(健保署グローバル情報ネットよりダウンロードできます。URL：<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民衆 / 自墊醫療費用核退 / 自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單 / 委託書)。

注：

台湾地区以外で自己負担医療費の還付を申請する場合、診断書、領収書の正本、費用明細及び関連の証明書を添付してください。また、英語でない場合、中国語の訳を添付してください。

6. 大陸地区での5日間(5日間目を含む。ただし退院日は含まない。例：1月1日に入院し1月6日に退院した場合の入院日数は5日間)以上の入院の費用還付申請は、医療費領収書の正本および診断書を大陸地区の公証役場で公証し、台湾に帰国後、財団法人海峡交流基金会で公証書正本の認証を受けてください。関連情報は海峡交流基金会にお問い合わせください。電話：02-2533-5995、ホームページ：<http://www.sef.org.tw>。

申請方法

上記の書類をすべてそろえ、オンライン申請(申請書、領収書の正本及び診断書の郵送が必要です)、郵送または窓口で申請してください。

1. 域外で発生した医療費の還付を申請される方は、健康保険の加入地の健保署分区業務組に申請してください。または、居住地の本署分区教務組が申請資料を転送します。

2. 国内の自己負担医療費の還付を申請される方は、受診された医療機関の所在地の健保署分区業務組に申請してください。

還付金額の上限

国内の自己負担医療費還付を申請する場合、健保署は健康保険支払い標準価格に基づき給付を査定するため、自己負担で受診した金額と差が発生する場合があります。また専門医の審査を経た後給付の項目及び金額が決定されるため、できる限り受診日から **10 日以内** (休日を除く) に、受診した医療機関に健康保険カードを持参することをお勧めします。

全民健康保険の施行区域外 (国外および大陸地区) での診察、急診、入院による医療費の給付は、国内の保険医療機関が健保署に申請する費用と同様、専門審査を受けて医療の合理性を確認します。また、給付の範囲と給付の条件も国内の医療と同じで、全民健康保険の関連給付規定を満たす必要があります。

費用の還付には限度額が定められています。その金額は、前四半期に健康保険がメディカルセンターに給付した診察人数、急診人数、または入院人数の毎日の平均費用です。還付金額の限度額は四半期ごとに変動するため、健保署のグローバル情報ネットにアクセスして確認できます。

おわりに

ご不明な点やご意見がございましたら、以下の方法で健保署までご連絡ください。

1. フリーダイヤル **0800-030-598**、または各分区業務組までお問い合わせください。
2. 健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> の「お問い合わせ」メール
3. 健保署の各分区業務組または連絡事務所への連絡。



自己負担医療費還付業務受付先

業務拠点	住所	管轄区域	電話番号
台北業務組	10041 台北市中正区公園路 15-1 号 1 階	台北市、新北市、 宜蘭縣、基隆市、 金門縣、連江縣	(02)2523-2388
北区業務組	32005 桃園市中壢区中山東路 3 段 525 号	桃園市、新竹市、 新竹縣、苗栗縣	(03)433-9111
中区業務組	40709 台中市西屯区市政 北一路 66 号	台中市、彰化縣、 南投縣	(04)2258-3988
南区業務組	70006 台南市中西区公園路 96 号	雲林縣、嘉義市、 嘉義縣、台南市	(06)224-5678
高屏業務組	80147 高雄市前金区中正四路 259 号	高雄市、屏東縣、 澎湖縣	(07)231-5151
東区業務組	97049 花蓮縣花蓮市軒轅路 36 号	花蓮縣、台東縣	(03)833-2111



12

利用者にやさしい健康保険業務

行政の効率改善を目指し、健保署では引き続き簡素化された利便性の高いサービスを提供して、人々の健康づくりを支えます。

機関を越えた便利なサービス

「戸籍事務所機関横断健康保険カード情報システム」によるサービス向上

1. 紛失や基本情報（氏名、生年月日、身分証番号、先住民の伝統的氏名の回復）の変更、戸籍事務担当者の情報誤登録による身分証の再発行などの手続きは、その場ですべての申請手続きを済ませることができます。健保署は納付データの確認を終えるとすぐにカードを作成し、約7~10業務日後に指定された住所に健康保険カードを送付します。
2. 新生児の保護者は、戸籍事務所にて新生児の戸籍を申請する際、同時に新生児の健康保険加入についての被扶養者名の届け出、健康保険カードの写真の有無の選択及びカードの送付住所の届け出ができます。健保署は資料が提出さ





れた後新生児の保険加入手続きを行い、健康保険カードを送付します(写真無しに同意された方のみ)。写真付きのカードの申請を希望される場合、「健康保険カードの申請・受領申請表」を郵送するか、健保署各分区業務組にて申請手続きを行うことができます。健康保険カードを申請することで、新生児が受けるべき医療ケアが保障されます。出生から **60** 日以内の健康保険カードを受領していない新生児には両親の健康保険カードで受診、あるいは児童の予防保険サービスを受けることができます。

業務改善サービス

1. 「記入不要、ペーパーレス」のサービス

健康保険カードの紛失、破損、改名などの場合は、健保署各サービスセンターへ身分証明書正本(14歳以下で身分証を申請していない方は、戸籍名簿の正本をお持ちください)を持参すると、書類に記入することなくその場で健康保険カードを申請でき、資料と写真に誤りがなければ確認するだけで、申請が完了します。

2. カード作成サービスの現地化

各縣市、離島の住民が即時に健康保険カードを申請して受診できるよう、健保署は **2016** 年より全国 **7** ヶ所の連合サービスセンター及び **22** ヶ所の連絡事務所にて、健康保険カードの現地発行を全面的に開始しました。これによって窓口でカードの申請、受領を行うことができるようになり、すぐにカードを使いたいという住民の要望を叶える結果となりました。窓口で健康保険カードの申請、受領を行った住民の方は写真ファイルを保存したディスクを持参するか、またはモバイルデバイスから **E-mail** で写真ファイルをアップロードすることもできます。(「健康保険カードの窓口カード発行場所」については、第 **8** 章をご参照ください)

3. スムーズな「重大傷病証明」の申請

- (1) 入院した場合、罹患した疾病が重大傷病証明の申請条件を満たせば、家族は関連書類を健保署各サービスセンターへ提出して重大傷病証明を申請できます。審査ののち、規定に従って負担の一部が免除されます。
- (2) また、罹患した疾病が重大傷病の条件を満たせば、窓口または郵送での手続きのほか、医療機関からネットワークを通じて、健保署に「重大傷病証明」の申請および審査状況の問い合わせをすることもできます。
- (3) 現在多くのがんの重大傷病証明の有効期限は **5 年**、一部のがんについては **3 年** となっていますが、満期時にはがん重大傷病証明の再発行が必要です。健保署では医薬専門家に個別案件の申請資料が「要積極または長期治療」の規定を満たすかについて審査を依頼し、それをもとに重大傷病証明が再発行されます。
- (4) 澎湖地区の住民が重大傷病資格を満たし、「澎湖県離島住民渡台受診交通費補助」を申請することができます。本島で治療を受ける必要がある場合は、健康保険カード、転院表、交通費補助申請表などを持参して、澎湖県政府衛生局、澎湖県各地の衛生所に提出して補助を申請します（健保署への重大傷病証明の申請は不要）。





弱者への思いやり

1. 弱者を思いやり、真心をこめて

健保署各分区業務組にはいずれも「愛心募金」が設置されています。貧困、病気、緊急などの理由がある場合、愛心基金審査委員会の同意を得て、診断書や経済的困難などの関連証明書を提出すれば、愛心健康保険料補助申請に代えることができます。

2. 「戸籍作成前の新住民健康保険料補助計画」

健保署では各郷、鎮、市、区役所の社会課または民政課と協力して、「低所得世帯または中低所得世帯」の資格を満たす戸籍作成前の新住民に対し、指導および代理受け取り業務に積極的に協力し、最寄りの各郷、鎮、市、区役所で申請できるようにしています。



付 録

衛生福利部中央健康保險署、各分区業務組および連絡事務所一覧

業務拠点	電話番号	住所
署本部	(02)2706-5866	10634 台北市大安区信義路 3 段 140 号
台北業務組	(02)2191-2006	10041 台北市中正区公園路 15-1 号 5 階
基隆連絡事務所	(02)2191-2006	20241 基隆市中正区義一路 95 号
宜蘭連絡事務所	(02)2191-2006	26550 宜蘭縣羅東鎮站前北路 11 号
金門連絡事務所	(082)372-465	89350 金門縣金城鎮環島北路 65 号
連江連絡事務所	(083)622-368	20941 連江縣南竿鄉復興村 216 号
北区業務組	(03)433-9111	32005 桃園市中壢区中山東路 3 段 525 号
桃園連絡事務所	(03)433-9111	33062 桃園市桃園区介寿路 11-4 号
新竹連絡事務所	(03)433-9111	30054 新竹市北区武陵路 3 号
竹北連絡事務所	(03)433-9111	30268 新竹県竹北市光明九路 9-12 号
苗栗連絡事務所	(03)433-9111	36052 苗栗県苗栗市中正路 1146 号
中区業務組	(04)2258-3988	40709 台中市西屯区市政北一路 66 号
豊原連絡事務所	(04)2258-3988	42041 台中市豊原区市瑞安街 146 号
沙鹿連絡事務所	(04)2258-3988	43352 台中市沙鹿区鎮福鹿街 16 号
彰化連絡事務所	(04)2258-3988	50056 彰化市中華西路 369 号 3 階
南投連絡事務所	(04)2258-3988	54261 南投県草屯鎮中興路 126 号
南区業務組	(06)224-5678	70006 台南市中西区公園路 96 号
新營連絡事務所	(06)224-5678	73064 台南市新營区東学路 78 号



業務拠点	電話番号	住所
嘉義連絡事務所	(06)224-5678	60085 嘉義市徳安路 131 号
雲林連絡事務所	(06)224-5678	64043 雲林県斗六市莊敬路 395 号
高屏業務組	(07)231-5151	80147 高雄市前金区中正四路 259 号
岡山連絡事務所	(07)323-3123	82050 高雄市岡山区大義二路 1 号 (国軍高雄総医院岡山分院内)
旗山連絡事務所	(07)323-3123	84247 高雄市旗山区中学路 60 号 (衛生福利部旗山病院内)
屏東連絡事務所	(07)323-3123	90071 屏東県屏東市広東路 1518 号
東港連絡事務所	(07)323-3123	92842 屏東県東港鎮中正路 1 段 210 号 (安泰病院内)
澎湖連絡事務所	(07)323-3123	88050 澎湖県馬公市西文里西文澳 63-40 号
東区業務組	(03)833-2111	97049 花蓮県花蓮市軒轅路 36 号
台東連絡事務所	(03)833-2111	95049 台東県台東市四維路 3 段 146 号

健康保険フリーダイヤル：0800-030-598

このハンドブックに収録している資料は2016年7月1日までのものであり、まれに法規が改められるため、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> にて最新の資料をご覧ください。



2016-2017 全民健康保險民眾權益手冊（日文版）

編著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號

電話：02-2706-5866

出版日期：中華民國 105 年 12 月

版次：第 1 版第 1 刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<http://www.nhi.gov.tw>

定價：新臺幣 50 元

經銷者：五南文化廣場

地址：400 台中市中區中山路 6 號

電話：04-2226-0330

經銷者：國家書店松江門市

地址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話：02-2518-0207

設計印刷：加斌有限公司

電話：02-2325-5500

GPN: 1010502801 ISBN: 978-986-05-1236-6

著作人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。

