# 全民健康保險法規及解釋彙編



衛生福利部中央健康保險署　編印
中華民國110年12月

# 全民健康保險法規及解釋彙編



衛生福利部中央健康保險署　編印
中華民國110年12月

# 全民健康保險法規及解釋彙編

## 目錄

## 全民健康保險相關法規


一、全民健康保險法……1
二、全民健康保險法施行細則……99
三、全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法……148
四、全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法……156
五、全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法……164
六、全民健康保險經濟困難認定標準……170
七、全民健康保險紓困基金申貸辦法……174
八、全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法……178
九、全民健康保險醫療辦法……183
十、全民健康保險轉診實施辦法……198
十一、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法……205
十二、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法……230
十三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法……236
十四、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法……256
十五、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法……260
十六、全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法……281
十七、全民健康保險藥物給付項目及支付標準……285
十八、全民健康保險藥品價格調整作業辦法……359
十九、全民健康保險保險人對外提供資料作業要點……384
二十、全民健康保險保險人對外提供資料收費標準……394
二一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十九條違約處分裁量基準……396

## 附錄

一、個人資料保護法……401
二、個人資料保護法施行細則……422
三、全民健康保險相關大法官解釋……431

## 附表

一、全民健康保險投保金額分級表……461
二、全民健康保險保險對象應自行負擔門診費用……463

全民健康保險

法規及解釋彙編



# 全民健康保險相關法規

# 全民健康保險法

中華民國 83 年 8 月 9 日總統（83）華總（一）義字第 4705 號令制定公布全文 89 條；施行日期，由行政院以命令定之

中華民國 83 年 10 月 3 日總統（83）華總（一）義字第 5865 號令修正公布第 87 條條文；並增訂第 11-1、69-1 條條文；施行日期由行政院以命令定之

中華民國 84 年 2 月 27 日行政院（84）台衛字第 06956 號令發布本法定自 84 年 3 月 1 日施行

中華民國 88 年 7 月 15 日總統（88）華總（一）義字第 8800162120 號令修正公布第 8～12、14、19、24、26、30、32、36、69、88 條條文；並增訂第 87-1～87-3 條條文；除已另定施行日期者外，自公布日施行

中華民國 90 年 1 月 30 日總統（90）華總一義字第 9000014910 號令修正公布第 8、9、11、13、14、18、19、21、22、24、25、27～29 條條文

中華民國 91 年 7 月 17 日總統華總一義字第 09100142270 號令修正公布第 21、27、29、32、55、87-1、87-2 條條文；並增訂第 22-1 條條文

中華民國 92 年 6 月 18 日總統華總一義字第 09200113970 號令修正公布第 30、87-1～87-3 條條文；並增訂第 87-4、87-5 條條文

中華民國 94 年 5 月 18 日總統華總一義字第 09400072571 號令修正公布第 64、82 條條文

中華民國 99 年 1 月 27 日總統華總一義字第 09900019971 號令修正公布第 24、83 條條文

中華民國 100 年 1 月 26 日總統華總一義字第 10000011861 號令修正公布全文 104 條，施行日期由行政院定之；中華民國 101 年 5 月 21 日行政院院臺衛字第 1010024941 號令發布第 27、28、35 條條文定自 101 年 7 月 1 日施行；中華民國 101 年 10 月 9 日行政院院臺衛字第 1010144186 號令發布除已施行之條文外，定自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 100 年 6 月 29 日總統華總一義字第 10000132401 號令修正公布第 11 條條文，施行日期由行政院定之；中華民國 100 年 8 月 12 日行政院院臺衛字第 1000041163 號令定自 100 年 9 月 1 日施行；中華民國 101 年 2 月 3 日行政院院臺規字第 1010122318 號公告 100 年 1 月 26 日修正尚未施行之第 75 條第 2 項所列屬「行政院公平交易委員會」之權責事項，自 101 年 2 月 6 日起改由「公平交易委員會」管轄；中華民國 102 年 7 月 19 日行政院院臺規字第 1020141353 號公告第 4 條、第 7 條所列屬「行政院衛生署」、「行政院衛生署中央健康保險局」之權責事項，自 102 年 7 月 23 日起分別改由「衛生福利部」、「衛生福利部中央健康保險署」管轄；中華民國 102 年 10 月 25 日行政院院臺規字第 1020151451 號公告第 27 條第 6 款所列屬「行政院國軍退除役官兵輔導委員會」之權責事項，自 102 年 11 月 1 日起改由「國軍退除役官兵輔導委員會」管轄

中華民國 106 年 11 月 29 日總統華總一義字第 10600142271 號令修正公布第 6 條、第 9 條、第 95 條及第 104 條條文；並自公布日施行

中華民國 109 年 1 月 15 日總統華總一義字第 10900003901 號令修正公布第 4 條、第 7 條條文

中華民國 110 年 1 月 20 日總統華總一義字第 11000003521 號令修正公布第 2 條條文

# 第 一 章　總則

## 第　一　條　（立法目的及保險事故範圍）

Ⅰ　為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下稱本保險），以提供醫療服務，特制定本法。

Ⅱ　本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。

※釋字第 533 號【醫事服務機構履約爭議案】

解釋爭點

健保局與醫療機構履約爭議之救濟程序？

解釋文摘要

中央健康保險局為執行其法定之職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故此項合約具有行政契約之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件，該醫事機構對審議結果仍有不服，自得依法提起行政爭訟。

[立法理由]

一、原條文第一條及第二條合併修正。

二、預防保健係公共衛生支出，應回歸公務預算辦理；又本法與其他法律之適用順序關係仍需個案判斷，並不因為本條後段之規定而取得相對於其他所有法律之特別法地位，反將因此而衍生爭擾，爰原條文第一條相關文字，列為第一項。

三、另配合司法院釋字第五二四號解釋意旨，明確定位本保險為強制性之社會保險，列為第二項。

（100.1.26 修正）

一、明定本法之立法宗旨。（第 1 條）

二、本保險依憲法增修條文第十八條第三項前段規定「國家應推行全民健康保險」，稱為「全民健康保險」。（第 1 條）

三、明定本保險之保險事故範圍。（第 2 條）

（83.08.09 訂定）

第　二　條　（名詞定義）

本法用詞，定義如下：

一、保險對象：指被保險人及其眷屬。

二、眷屬：

（一）被保險人之配偶，且無職業者。

（二）被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

（三）被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

三、扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。

四、保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額。

五、保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

六、就醫輔導：指保險對象有重複就醫、多次就醫或不當醫療利用情形時，針對保險對象進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。

[立法理由]

配合民法成年年齡下修為十八歲，修正第二款第三目眷屬規定之定義。

（110.01.20 修正）

一、本條新增。

二、為本法中用詞之明確性，於本條為名詞定義。

（100.01.26 修正）

第　三　條　（政府負擔之保險經費）

Ⅰ　政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

Ⅱ　政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第　四　條　（主管機關）

本保險之主管機關為衛生福利部。

※釋字第 533 號（詳第 1 條）

[立法理由]

102 年「行政院衛生署」配合行政院組織改造成立「衛生福利部」，惟全民健康保險法第四條條文之主管機關仍為「行政院衛生署」，爰予修正。

（108.01.15 修正）

依法制體例酌作文字修正。

（100.01.26 修正）

明定本保險之主管機關。（原第三條）

（83.08.09 訂定）

第　五　條　（全民健康保險會之組成及辦理項目）

Ⅰ　本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

一、保險費率之審議。

二、保險給付範圍之審議。

三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。

四、保險政策、法規之研究及諮詢。

五、其他有關保險業務之監理事項。

Ⅱ　健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

Ⅲ　健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

Ⅳ　健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。

Ⅴ　前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。

Ⅵ　健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

［立法理由］

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）
一、明定主管機關應設監理委員會及其任務。
二、將於本法施行細則規定其任務如下：
（一）保險年度計畫及業務報告之審議事項。
（二）保險業務之檢查事項。
（三）保險財務帳務之稽核事項。
（四）保險法規及業務興革之研究建議事項。
（原第四條）
（83.08.09 訂定）

第　六　條　（爭議事項審議）

Ⅰ　本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。

Ⅱ　前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。

Ⅲ　前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。

Ⅳ　全民健康保險爭議審議會應定期以出版公報、網際網路或其他適當方式，公開爭議審議結果。

Ⅴ　前項公開，應將個人、法人或團體資料以代碼、匿名、隱藏部分資料或其他方式，達無從辨識後，始得為之。

※釋字第 524 號【健保法授權訂定之醫療辦法違憲審查案】

解釋爭點

健保法第 31 條及授權所定之醫療辦法等規定違憲？

解釋文摘要

全民健保屬強制性之社會保險，對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，該機關並應予遵守。倘法律並無轉委任之授權，不得發布規範行政體系內部事項之行政規則替代。全民健康保險法第 31 條及其授權所定之醫療辦法等規定，內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，又該辦法部分規定，在無轉委任授權下，委由保險人定之，逾母法授權範圍，與保險對象權益應受保障之意旨有違，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。

※釋字第 533 號（詳第 1 條）

[立法理由]

一、人民有知的權利，爭議審議結果之公開，有利於增進人民對核定案件之瞭解與信賴，更可藉由資訊公開強化爭議審議品質，爰新增第四項之公開規定。

二、基於人性尊嚴之維護、個人主體性之確保及人格之自由發展，並為保障個人生活私密領域免於他人侵擾及個人資料之自主控制，隱私權乃人民為不可或缺之基本權利，而受憲法第二十二條所保障（司法院釋字第五八五號、第六〇三號解釋參照）。爭議審議結果內容包含申請人及關係人之姓名、病歷、醫療等個人資料，或法人、團體之經營事業有關資訊，此均屬資訊隱私權（或稱資訊自決權）之保護範圍，為平衡「人民知的權利」與「資訊隱私權」之衝

突，爰衡酌個人資料保護法第六條、第十六條及政府資訊公開法第十八條第一項第七款等規範意旨，增訂第五項之規定，於公開爭議審議結果前，應以適當方法去識別化後，始得為之。

（106.11.29 修正）

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、明定主管機關應設爭議委員會及其任務。

二、爭議委員會所為之爭議審議，係屬訴願之前置程序，被保險人及投保單位對爭議案件之審議若有不服時，可以訴願及行政訴訟救濟之。（原第五條）

（83.08.09 訂定）

## 第 二 章　保險人、保險對象及投保單位

第　七　條　（承保機關）

本保險以衛生福利部中央健康保險署為保險人，辦理保險業務。

※釋字第 533 號（詳第 1 條）

[立法理由]

102 年「行政院衛生署」配合行政院組織改造成立「衛生福利部」，惟全民健康保險法第七條條文之保險人仍為「行政院衛生署中央健康保險局」，應改為「衛生福利部中央健康保險署」，爰予修正。

（109.01.15 修正）

依中央行政機關組織基準法第五條第三項規定，作用法不得規定機關組織，及中央健康保險

局機關全銜已修正為行政院衛生署中央健康保險局，爰配合酌修第一項首句，並刪除第二項有關其組織規定。

（100.01.26 修正）

明定本保險之保險人。（原第 6 條）

（83.08.09 訂定）

第　八　條　（投保資格一）

Ⅰ　具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：

一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。

二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：

（一）政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。

（二）公民營事業、機構之受僱者。

（三）前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。

（四）在臺灣地區出生之新生嬰兒。

（五）因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。

Ⅱ　曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款六個月之限制。

※釋字第 472 號【全民健保法強制納保繳費違憲疑義案】

解釋爭點

健保法就強制納保、繳費及滯納金之規定違憲？

解釋文摘要

全民健康保險法有關強制納保、繳納保費等規定，係基於社會互助、危險分攤及公益考量，符合憲法推行全民健保意旨；其中有關加徵滯納金之規定，則係促使投保單位或被保險人履行其繳納保費義務之必要手段，惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，以符憲法保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。至已依法參加公、勞、農保之人員亦須強制其加入全民健康保險，係增進公共利益所必要，難謂有違信賴保護原則。

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、對原已依規定參加本保險之國人，因出國求學等因素退保者，為維護其保險權益，應許其於返國後即依適當身分加保。另設有戶籍滿四個月之起算時點亦宜明確規定，爰修正第一項第一款。

二、為齊一各類被保險人眷屬之投保資格，不因所依附被保險人類別不同而有所差別，爰刪除第一項第二款有關受雇者眷屬之特別規定，即一律須設籍滿四個月。

三、放寬領有相關居留證件，合法在臺居留者之參加保險資格，並減輕行政作業負擔，爰修正第二項。

四、參酌臺灣地區與大陸地區人民關係條例之規定，將第一項之臺閩地區修正為臺灣地區。

（原第 10 條）

（88.07.15 修正）

一、明定本保險之投保資格。

二、為防止少數長期居住國外之國民，於發生傷病等事故時，始回國參加保險享受醫療給付，形成不公平現象，爰明定除有一定雇主之受雇者外，取得保險資格應設有戶籍滿四個月之限制。

三、基於國際慣例，爰於第二項明定凡在臺閩地區應聘或受僱之外國籍員工，應適用本法規定參加本保險。（原第 10 條）

（83.08.09 訂定）

第　九　條　（投保資格二）

除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：

一、在臺居留滿六個月。

二、有一定雇主之受僱者。

三、在臺灣地區出生之新生嬰兒。

[立法理由]

為使在臺灣地區出生並領有居留證明文件之外籍新生嬰兒，與在臺灣地區出生之我國籍新生嬰兒之納保時點一致，均能自出生之日起參加全民健康保險，增訂第三款。

（106.11.29 修正）

一、原條文第十條第二項移列修正。

二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，已無區分被保險人及眷屬之必要，所有符合本保險資格者均改稱為保險對象，原條文第八條有關保險對象之分類亦已於修正條文第九條予以簡化，爰配合酌修。

（100.01.26 修正）

一、對原已依規定參加本保險之國人，因出國求學等因素退保者，為維護其保險權益，應許其於返國後即依適當身分加保。另設有戶籍滿四個月之起算時點亦宜明確規定，爰修正第一項第一款。

二、為齊一各類被保險人眷屬之投保資格，不因所依附被保險人類別不同而有所差別，爰刪除第一項第二款有關受雇者眷屬之特別規定，即一律須設籍滿四個月。

三、放寬領有相關居留證件，合法在臺居留者之參加保險資格，並減輕行政作業負擔，爰修正第二項。

四、參酌臺灣地區與大陸地區人民關係條例之規定，將第一項之臺閩地區修正為臺灣地區。（原第 10 條）

（88.07.15 修正）

一、明定本保險之投保資格。

二、為防止少數長期居住國外之國民，於發生傷病等事故時，始回國參加保險享受醫療給付，形成不公平現象，爰明定除有一定雇主之受雇者外，取得保險資格應設有戶籍滿四個月之限制。

三、基於國際慣例，爰於第二項明定凡在臺閩地區應聘或受僱之外國籍員工，應適用本法規定參加本保險。（原第 10 條）

（83.08.09 訂定）

第　十　條　（被保險人類別）

Ⅰ　被保險人區分為下列六類：

一、第一類：

（一）政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。

（二）公、民營事業、機構之受僱者。

（三）前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。

（四）雇主或自營業主。

（五）專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

（一）無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

（二）參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

（一）農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

（二）無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：

（一）應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍

事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。

(二)服替代役期間之役齡男子。

(三)在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

六、第六類：

(一)榮民、榮民遺眷之家戶代表。

(二)第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

Ⅱ 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

※釋字第 473 號【專技人員投保金額適用級距案】

解釋爭點

健保法細則就專技人員投保金額之規定違憲？

解釋文摘要

全民健康保險法(下稱本法)保險費相關規定係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付義務，具分擔金之性質，其衡酌之原則以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度，對不同所得者，收取不同保險費，並以類型化方式合理計算投保金額。又本法施行細則有關專門職業及技術人員自行執業者，其投保金額以分級表最

高一級為上限，以勞工保險投保薪資分級表最高一級為下限，係基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質，符合母法授權之意旨及憲法保障財產權旨趣。

※釋 676【全民健康保險投保金額分級表適用案】

解釋爭點

健保法細則對無一定雇主或自營作業而參加工會者，按投保額分級表第 6 級起申報，合憲？

解釋文摘要

原全民健康保險法施行細則有關無一定雇主或自營作業而參加職業工會……者，按投保金額分級表第六級起申報。其規定與憲法第十五條保障人民財產權、第二十三條法律保留原則，以及法律授權明確性原則，尚無牴觸。惟於被保險人實際所得未達第六級時，自應考量適當之機制合理調降保險費，以符量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性，落實國家推行全民健康保險之憲法意旨。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第八條移列。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

配合有關軍人及軍校學生應納入本保險，及替代役實施條例之施行，酌修第一項第四款之第四類被保險人範圍。（原第 8 條）

（90.01.30 修正）

一、第一項第一款第四目有關自營作業者，係指未僱用員工從事商業買賣之業主，為與

第二款第一目之自營作業而參加職業工會者相區別，爰修正文字為自營業主。

二、將第五類被保險人擴大至低收入戶成員，以利相關承保作業執行，爰修正第一項第五款。

三、國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員，已歸屬榮民範圍，無特別規定必要，爰將第一項第六款第一目文字簡化。（原第 8 條）

（88.07.15 修正）

一、明定被保險人之類別。

二、被保險人係依投保單位、投保金額及保險費負擔比率等項目之不同，分為六類。

三、第一項第一款第四目所稱自營作業者，係指未加入職業工會者。至於已加入職業工會者，應為第二類第一目之被保險人。（原第 8 條）

（83.08.09 訂定）

第 十一 條　（各類被保險人投保順位）

Ⅰ　第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。但僱用勞工合力從事海洋漁撈工作之漁會甲類會員，其僱用人數十人以下，且其仍實際從事海洋漁撈工作者，自中華民國九十一年一月二十一日起，得以第三類被保險人身分參加本保險。

Ⅱ　具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。

［立法理由］

一、漁業署於二代健保修法期間曾向主導協商的衛生署強力主張，應將漁船主需成立投保單位的僱用人數門檻訂為「十人」，以全面照顧各區漁會的中小噸數漁船的個體戶漁船主，然並未受到重視，導致新規定引發嚴重的後遺症，漁民生計雪上加霜，蘇澳區漁會漁民尤其強烈不滿。

二、衛生署宣稱，僱用人數限定在未滿五人已足以照顧百分之八十以上的漁民權益。然宜蘭縣蘇澳區漁會所轄未滿一百噸漁船總計 605 艘，其中自營作業（非成立漁業公司）僱用五人以上的漁船就高達 306 艘，比例超過 50%；亦即這 306 艘個體戶漁船的漁船主將喪失政府的 70%健保費補助，且以雇主身分每年至少要增加近十萬元的健保費負擔。顯然全民健保法第十一條的新規定並未均衡且公平照顧到全國各區漁會漁民的權益，反而滋生新的抗議風潮。

（100.06.29 修正）

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第 十二 條　（眷屬應隨同被保險人辦理投保及退保）

符合第二條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。但有遭受家庭暴力等難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形，經主管機關認定者，不在此限。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第 十三 條 （不得加保消極資格）

有下列情形之一者，非屬本保險保險對象；已參加者，應予退保：

一、失蹤滿六個月者。

二、不具第八條或第九條所定資格者。

[修正理由]

一、條次變更，本條為原條文第十一條移列。

二、刪除受刑人退保之規定，以保障受刑人就醫權。

（100.01.26 修正）

一、配合現役軍官、士官、士兵及軍校學生納入本保險，爰刪除第一款。

二、其餘款次變更。

（90.01.30 修正）

一、為擴大本保險之照護對象，爰將第一款後段文字刪除，將軍事機關編制內聘雇人員納入本保險之照護體系。

二、保安處分種類眾多，其中保護管束並未將受處分人收歸相當處所執行，故其人身自由所受限制輕微，性質上應許其參加本保險，爰並修正第二款。

（88.07.15 修正）

一、明定保險對象不得參加本保險之消極資格。

二、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員，已由軍

方醫院提供免費醫療服務，乃明定不參加本保險。

三、第二款之人員，應由監獄或保護管束機構提供醫療服務，且由於無法定期繳納保險費，或因受囚禁服刑之限制不能自由就醫，乃明定不參加本保險。另為避免因異動頻繁而增加行政處理，乃規定其應執行之期間未逾二個月者，不在此限。

四、失蹤之處理程序，於本法施行細則中規定。（83.08.09 訂定）

第 十四 條 （保險效力起迄時間）

Ⅰ 保險效力之開始，自合於第八條及第九條所定資格之日起算。

Ⅱ 保險效力之終止，自發生前條所定情事之日起算。

[修正理由]

一、條次變更，本條為原條文第十五條移列。

二、將保險效力之開始及終止分立二項，並配合相關條文之修正，酌修所引條次及文字。（100.01.26 修正）

明定本保險保險效力之起迄時間。（原第 15 條）（83.08.09 訂定）

第 十五 條 （投保單位）

Ⅰ 各類被保險人之投保單位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人：

（一）第十條第一項第四款第一目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

（二）第十條第一項第四款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。

（三）第十條第一項第四款第三目被保險人，以法務部及國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

Ⅱ 第十條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十三條規定分別計算。

Ⅲ 第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

Ⅳ 在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。

Ⅴ 投保單位欠繳保險費二個月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。

Ⅵ 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。

※釋字第 550 號【健保法中央地方保險費補助比例劃分案】

解釋爭點

健保法責地方政府補助保費之規定違憲？

解釋文摘要

國家推行全民健康保險之義務，係兼指中央與地方而言。又依憲法規定各地方自治團體有辦理衛生、慈善公益事項等照顧其行政區域內居民生活之義務，亦得經由全民健康保險之實施，而獲得部分實現。保險對象獲取保障之對價（保險費），除由雇主負擔及中央補助外，地方政府予以補助符合憲法規定意旨。地方自治團體受憲法制度保障，其施政所需之經費涉及財政自主權，有法律保留原則之適用，對地方負有協力義務之全民健康保險事項，中央依據法律使地方分擔保險費之補助，尚非憲法所不許。全民健康保險法所定之補助各類被保險人保險費之比例屬於立法裁量事項，除顯有不當者外，不生牴觸憲法之問題。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第十六條移列。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、志願役現役軍人已納入本保險為第一類被保險人，考量其特殊性，爰於第一項第一款增列但書，規定國防部所屬被保險人之投保單位由國防部指定。至於原第一項第三款有關第四類被保險人之投保單位規定，則配合修正條文第八條，以國防部指定之單位為投保單位；第八條第一項第四

款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。

二、第二項至第五項未修正。（原第十四條）

（90.01.30 修正）

一、由於本法施行細則第二十六條對在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，明定得以該訓練機構（關）為投保單位，爰納入本法強制規範，增列第四項如上。

二、投保單位如有長期持續欠繳保險費之情事，將嚴重影響保險對象之權益。若賦予保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關保險事宜，則在移送法院強制執行前，可保障保險對象權益，並將其欠費期間由逾三個月改為二個月，爰增列第五項規定。（原第十四條）

（88.07.15 修正）

一、明定各類被保險人之投保單位。

二、為因應同一家庭須分戶投保之情形，如由兄長扶養之未成年弟妹，得以其兄長所屬之投保單位為其投保單位。（原第十四條）

（83.08.09 訂定）

第 十六 條　（健保卡之製發及補、換發）

Ⅰ　保險人得製發具電子資料處理功能之全民健康保險憑證（以下稱健保卡），以存取及傳送保險對象資料。但不得存放非供醫療使用目的及與保險對象接受本保險醫療服務無關之內容。

Ⅱ　前項健保卡之換發及補發，保險人得酌收工本費；其製發、換發、補發、得存取及傳送之資料

內容與其運用、使用管理及其他有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

（全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法）

[立法理由]

一、本條新增。

二、為便利被保險人就醫、協助疫情監控及防止醫療資源浪費，保險人所製發之保險憑證宜具電子資料處理功能。

三、為符合法律授權明確原則，增列保險人製發具電子資料處理功能之全民健康保險憑證（即健保 IC 卡）及換發、補發收費之法源依據；至其發給、資料存取與運用、使用管理及其他有關事項之辦法，則授權另行訂定。

（100.01.26 修正）

## 第 三 章　保險財務

第 十七 條　（保費之分擔對象及其方式）

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

[立法理由]

一、本條新增。

二、明定本保險所需保險經費之分擔對象及方式。

（100.01.26 修正）

第 十八 條 （保險費計算方式）

Ⅰ 第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。

Ⅱ 前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

※釋字第 473 號（詳第 10 條）

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第四類被保險人保險費之計算，已於修正條文第二十五條規定採定額方式計繳，本條爰配合酌修。

（90.01.30 修正）

眷口數由五口改三口。（原第二十六條）

（88.07.15 修正）

明定第一類至第四類保險對象之保險費計算方式。

一、明定第六類保險對象之保險費計繳方式。

二、為減輕多眷口家庭之負擔，規定超過五口者以五口計繳保險費。（原第二十六條）

（83.08.09 訂定）

第 十九 條 （投保金額分級表）

Ⅰ 第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

Ⅱ 前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

Ⅲ 投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

※釋字第 473 號（詳第 10 條）、釋字第 676 號（詳第 10 條）

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26 修正）

健康保險之精神在於量能負擔、自助互助，投保金額分級表應貫徹此一精神，原條文第三項乃以適用最高一級投保金額之被保險人數超過總人數百分之三，持續達十二個月時，始加高投保金額分級表之等級，難以完全落實前述精神。爰酌予修正之。（原第二十一條）（91.07.17 修正）

依修正條文第二十五條規定，第四類被保險人係採定額方式計繳保險費，不再適用投保金額分級表。（原第二十一條）（90.01.30 修正）

明定本保險之投保金額分級表，及其上下限調整時機要件。（原第二十一條）（83.08.09 訂定）

第 二十 條 （第一、二類被保險人之投保金額基準）

Ⅰ 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。
二、雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。
三、自營作業者及專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。

Ⅱ 第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

※釋字第 473 號（詳第 10 條）、釋字第 676 號（詳第 10 條）

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

依修正條文第二十五條之規定，第四類被保險人係以定額計算保險費，爰將原條文有關第四類被保險人投保金額之規定刪除。（原第二十二條）

（90.01.30 修正）

一、明定第一類、第二類及第四類被保險人之投保金額基準。

二、第一項之薪資所得、營利所得及執行業務所得，於本法施行細則中訂定其定義。（原第二十二條）

（83.08.09 訂定）

第二十一條 （投保金額調整及生效時間）

Ⅰ 第一類及第二類被保險人依前條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當

年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人，均自通知之次月一日生效。

Ⅱ 前項被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資；如有本保險投保金額較低之情形，投保單位應同時通知保險人予以調整，保險人亦得逕予調整。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、本條但書所定「依第二十二條第五項規定」文字，因本法第二十二條僅有二項，並無第五項之規定，使人難以理解其規範用意。

二、查八十八年立法院修正本法時，除於本條增列但書規定外，原擬一併修正第二十二條，針對防止投保單位取巧低報健保投保金額部分，增列「被保險人如具有其他社會保險資格者，其申報之投保金額不得低於其他社會保險之投保金額。」之規定，以為配合。惟該條乃另因軍公教人員及軍眷投保金額相關規定仍有爭議未能達成共識而未修正，導致本條但書規定不易理解。

三、為使人明確瞭解並符合本條原欲規範之目的及現行實務作業，爰將但書修正移列為第二項。（原第二十四條）

（99.01.27 修正）

第四類被保險人之保險費計算方式已於修正條文第二十五條規定，爰配合刪除「及第四類」等文字。（原第二十四條）

（90.01.30 修正）

被保險人如參加其他社會保險，且有第二十二條所定其申報之健保投保金額低於其他社會保險投保金額之情形時，投保單位應有義務主動將被保險人調整後之投保金額通知保險人，爰修正本條增列但書規定。（原第二十四條）

（88.07.15 修正）

明定投保金額調整及生效時間。（原第二十四條）

（83.08.09 訂定）

第二十二條　（第三類被保險人之投保金額基準）

第三類被保險人之投保金額，以第十條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、明定第三類被保險人之投保金額基準，並得依其經濟能力調整其投保金額等級。

二、所稱經濟能力，於本法施行細則中詳加規定。（原第二十三條）

（83.08.09 訂定）

第二十三條　（第四類至第六類保險對象之保險費計算方式）

Ⅰ　第四類至第六類保險對象之保險費，以依第十八條規定精算結果之每人平均保險費計算之。

Ⅱ　前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（原第二十五條）

（100.01.26 修正）

由於第四類被保險人並非受雇者，無工作所得，爰於本條規定與第五類被保險人同採定額方式計算保險費；另因第四類及第五類被保險人已無眷屬，爰將「保險對象」修正為「被保險人」。（原第二十六條）

（90.01.30 修正）

眷口數由五口改三口。（原第二十五條）

（88.07.15 修正）

明定第五類保險對象之保險費計算方式。（原第二十五條）

一、明定第六類保險對象之保險費計繳方式。

二、為減輕多眷口家庭之負擔，規定超過五口者以五口計繳保險費。（原第二十六條）

（83.08.09 訂定）

第二十四條　（提請審議程序）

Ⅰ　第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，

無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

Ⅱ 前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

Ⅲ 第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

照黨團協商條文通過。（原第二十條）

（83.08.09 訂定）

第二十五條 （保險財務精算週期）

本保險財務，由保險人至少每五年精算一次；每次精算二十五年。

[立法理由]

原條文第二十條第一項移列修正，並酌作修正，規定保險人至少每五年應精算本保險之長期保險財務一次，每次精算二十五年，以作為財務預測之用。

（100.01.26 修正）

照黨團協商條文通過。（原第二十條）

（83.08.09 訂定）

第二十六條　（保險給付應調整情形）
本保險有下列情形之一時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告：
一、本保險之安全準備低於一個月之保險給付總額。
二、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡。
[立法理由]
照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）
照黨團協商條文通過。（原第二十條）
（83.08.09 訂定）

## 第 四 章　保險費之收繳及計算

第二十七條　（各類被保險人、政府或雇主保險費負擔比例）
第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：
一、第一類被保險人：
（一）第十條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，其餘百分之三十五，由中央政府補助。
（二）第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助。

（三）第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，由中央政府補助。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，由中央政府補助。

四、第四類被保險人：

（一）第十條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。

（二）第十條第一項第四款第二目被保險人，由中央役政主管機關全額補助。

（三）第十條第一項第四款第三目被保險人，由中央矯正主管機關及國防部全額補助。

五、第五類被保險人，由中央社政主管機關全額補助。

六、第十條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第十條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

※釋字第 550 號（詳第 15 條）

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、配合修正條文第二十二條之一之增訂；又私校教職員自付比例調降百分之三十後，

其原自付百分之十差額，宜由學校及中央或直轄市主管教育行政機關分別吸收，爰修正第一項第一款第一目文字。

二、鑑於目前服義務役兵役者，係分派於國防部及海岸巡防署等機關，並分由該所屬機關編列人事費用，爰配合酌修第一項第四款第一目文字。

三、有關本保險保險費省政府應負擔之部分，配合地方制度法及臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例之施行，改由中央政府補助。

（91.07.17 修正）

配合修正條文第八條第一項第四款有關第四類被保險人之分類及其範圍之規定，修正第四款有關該類各目被保險人保險費之補助比率及補助單位。

（90.01.30 修正）

照修正動議條文通過。

（83.08.09 訂定）

第二十八條　（各級政府於修法前應負擔之保險費應提還款計畫）

各級政府於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，未依修正前之第二十九條規定將所應負擔之保險費撥付保險人者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾八年，保險人並應依修正前之第三十條規定向其徵收利息。

[立法理由]

一、本條新增。

二、各級政府於修法前應負擔之保費不應一筆勾消，仍應依法撥付，以符合法治公平。（100.01.26 修正）

第二十九條　（第一類第一目至第三目被保險人所屬投保單位或政府應負擔眷屬人數之計算）

第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26）

第四類被保險人已無眷屬，並無投保單位或政府應負擔眷屬人數之適用問題，爰酌予修正。（原第二十八條）（90.01.30 修正）

一、第一類至第四類被保險人所屬之投保單位須依前條負擔保險費比率，負擔被保險人及其眷屬之保險費。

二、眷屬之人數依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

三、依八十年行政院主計處「個人所得分配調查報告」推估，每一被保險人之眷屬人數平均約一點三六人。（原第二十八條）（83.08.09 訂定）

第 三十 條　（繳納保險費之期間及程序）

I　第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：

一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之中央社政主管機關，於當月五日前撥付保險人。

四、第一類至第四類及第六類保險對象之保險費，應由各機關補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

Ⅱ　前項保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26 修正）

長期以來各級政府積欠健保補助費用已達數百億元，針對解決健保帳務困難，主管機關應有妥善處理方式。根據財政收支劃分法第三十七條第四項規定增定第三項，保險人得報請主管機關，自各該級機關之補助款扣除。（第二十九條）（91.07.17 修正）

配合修正條文第二十七條第四款有關第四類各目被保險人之保險費分由國防部及內政部全額補助之規定，刪除第一項第一款「及第四類」文字，並酌修第四款文字。（第二十九條）（90.01.30 修正）

照黨團協商條文通過。（第二十九條）
（83.08.09 訂定）

第三十一條　（扣費義務人免扣取補充保險費情形）

Ⅰ　第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。

二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。

三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。

四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。

五、利息所得。

六、租金收入。

Ⅱ　扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

Ⅲ　第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

（全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法）

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第三十二條　（主動告知免扣取補充保險費）
未具投保資格、喪失投保資格或保險對象有前條所定免由扣費義務人扣取補充保險費之情形者，應於受領給付前，主動告知扣費義務人，得免扣取補充保險費。
[立法理由]
一、本條新增。
二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第三十三條　（補充保險費率之計算及調整）
第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。
[立法理由]
一、本條新增。
二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第三十四條　（補充保險費之計算）
第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。
[立法理由]
一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第三十五條　（逾期繳交保險費之寬限期及滯納金計算方式）

Ⅰ　投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期限屆至翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：

一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。

二、於保險對象為其應納費額之百分之五。

Ⅱ　前項滯納金，於主管機關公告之一定金額以下時，免予加徵。

Ⅲ　第一項之保險費及滯納金，於投保單位、扣費義務人應繳納之日起，逾三十日未繳納時，保險人得將其移送行政執行；於保險對象逾一百五十日未繳納時，亦同。

※釋字第 472 號（詳第 8 條）

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

一、鑑於勞工保險、農民健康保險等社會保險均未有保險費加計利息之規定，爰刪除原條文第一項加計利息之規定。另修正滯納金為應納費額百分之零點一，並以應納費額之百分之十五為上限。

二、為協助經濟困難之投保單位及被保險人繳納保險費及滯納金，爰於修正條文第三項

增訂投保單位或被保險人得分期繳納欠費之規定，以減輕其繳納欠費之壓力。

三、原條文第三項移列為修正條文第四項，因暫行拒絕給付多係以不發給保險憑證為手段，爰將本法施行細則第五十四條之一規定納入本法規定。

四、本法對於未按時繳納健保費之投保單位及被保險人定有加徵滯納金之規定，為強化公平性，爰於修正條文第五項增列各級政府逾限繳納保險費應加計利息之規定，以敦促各級政府負起按時繳納補助款之責。

五、部分投保單位積欠保險費乃肇因其負責人或主持人之過失，原條文並未明定向其追償之法源，爰參照勞工保險條例第十七條第二項規定，增列修正條文第六項。（原第三十條）

（92.06.18 修正）

一、加徵之滯納金至應納費額一倍之規定，對多數財務困難而遲延繳納者，將影響其繳清保險費之意願與能力，爰增訂上限為百分之三十，遲延一百五十天以後繳納者，再依民法第二〇三條規定以法定利率計算遲延利息。又為增進滯納金催收效率、節省行政成本，並避免發生催繳成本高於所徵滯納金額致不符成本效益之事，爰參照所得稅法第一百條之一有關小額稅款免徵之規定，增訂第一項但書。

二、全民健康保險係強制納保，故被保險人加保及繳交保費，為一應盡義務，爰參照稅捐稽徵法相關規定，配合修正第二項。又保險

費及滯納金皆屬公法上之金錢給付，性質上無待以訴為之，爰參照各種稅法法例，將依法訴求修正為移送法院強制執行，以疏減訟源。

三、全民健康保險為社會保險，依權利義務對等原則，投保單位或被保險人欠費時，保險人自得暫行拒絕給付，與追繳欠費之程序無關，爰修正第三項刪除起訴之日起始得暫行拒絕給付之規定。

四、配合本條文第一、二項的修訂，增列「利息」乙項，並將「依法追訴」刪除。（原第三十條）

（88.07.15 修正）

明定逾期繳交保險費之寬限期、滯納金計算方式及追繳程序。（原第三十條）

（83.08.09 訂定）

第三十六條　（申請保險費及滯納金分期繳納）

Ⅰ　有經濟上之困難，未能一次繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，得向保險人申請分期繳納，或依第九十九條之規定申請貸款或補助；保險人並應主動協助之，必要時應會同社政單位或委託民間相關專業團體，尋求社會資源協助。

Ⅱ　前項申請之條件、審核程序、分期繳納期限及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

（全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法）

[立法理由]

一、原條文第三十條第三項移列，並酌修文字。
二、配合修正條文第三十三條規定酌作修正，並照法制通例將發布機關定為主管機關。

（100.01.26 修正）

一、鑑於勞工保險、農民健康保險等社會保險均未有保險費加計利息之規定，爰刪除原條文第一項加計利息之規定。另修正滯納金為應納費額百分之零點一，並以應納費額之百分之十五為上限。
二、為協助經濟困難之投保單位及被保險人繳納保險費及滯納金，爰於修正條文第三項增訂投保單位或被保險人得分期繳納欠費之規定，以減輕其繳納欠費之壓力。
三、原條文第三項移列為修正條文第四項，因暫行拒絕給付多係以不發給保險憑證為手段，爰將本法施行細則第五十四條之一規定納入本法規定。
四、本法對於未按時繳納健保費之投保單位及被保險人定有加徵滯納金之規定，為強化公平性，爰於修正條文第五項增列各級政府逾限繳納保險費應加計利息之規定，以敦促各級政府負起按時繳納補助款之責。
五、部分投保單位積欠保險費乃肇因其負責人或主持人之過失，原條文並未明定向其追償之法源，爰參照勞工保險條例第十七條第二項規定，增列修正條文第六項。（原第三十條）

（92.06.18 修正）

一、加徵之滯納金至應納費額一倍之規定，對多數財務困難而遲延繳納者，將影響其繳

清保險費之意願與能力，爰增訂上限為百分之三十，遲延一百五十天以後繳納者，再依民法第二〇三條規定以法定利率計算遲延利息。又為增進滯納金催收效率、節省行政成本，並避免發生催繳成本高於所徵滯納金額致不符成本效益之事，爰參照所得稅法第一百條之一有關小額稅款免徵之規定，增訂第一項但書。

二、全民健康保險係強制納保，故被保險人加保及繳交保費，為一應盡義務，爰參照稅捐稽徵法相關規定，配合修正第二項。又保險費及滯納金皆屬公法上之金錢給付，性質上無待以訴為之，爰參照各種稅法法例，將依法訴求修正為移送法院強制執行，以疏減訟源。

三、全民健康保險為社會保險，依權利義務對等原則，投保單位或被保險人欠費時，保險人自得暫行拒絕給付，與追繳欠費之程序無關，爰修正第三項刪除起訴之日起始得暫行拒絕給付之規定。

四、配合本條文第一、二項的修訂，增列「利息」乙項，並將「依法追訴」刪除。（原第三十條）

（88.07.15 修正）

明定逾期繳交保險費之寬限期、滯納金計算方式及追繳程序。（原第三十條）

（83.08.09 修正）

第三十七條　（暫行停止保險給付）

Ⅰ　保險人於投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金前，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。但被保險人應繳部分之保險費已由投保單位扣繳、已繳納於投保單位、經依前條規定經保險人核定其得分期繳納，或保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護期間時，不在此限。

Ⅱ　前項暫行停止保險給付期間內之保險費仍應予計收。

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、鑑於勞工保險、農民健康保險等社會保險均未有保險費加計利息之規定，爰刪除原條文第一項加計利息之規定。另修正滯納金為應納費額百分之零點一，並以應納費額之百分之十五為上限。

二、為協助經濟困難之投保單位及被保險人繳納保險費及滯納金，爰於修正條文第三項增訂投保單位或被保險人得分期繳納欠費之規定，以減輕其繳納欠費之壓力。

三、原條文第三項移列為修正條文第四項，因暫行拒絕給付多係以不發給保險憑證為手段，爰將本法施行細則第五十四條之一規定納入本法規定。

四、本法對於未按時繳納健保費之投保單位及被保險人定有加徵滯納金之規定，為強化公平性，爰於修正條文第五項增列各級政

府逾限繳納保險費應加計利息之規定，以敦促各級政府負起按時繳納補助款之責。

五、部分投保單位積欠保險費乃肇因其負責人或主持人之過失，原條文並未明定向其追償之法源，爰參照勞工保險條例第十七條第二項規定，增列修正條文第六項。（原第三十條）

（92.06.18 修正）

一、加徵之滯納金至應納費額一倍之規定，對多數財務困難而遲延繳納者，將影響其繳清保險費之意願與能力，爰增訂上限為百分之三十，遲延一百五十天以後繳納者，再依民法第二〇三條規定以法定利率計算遲延利息。又為增進滯納金催收效率、節省行政成本，並避免發生催繳成本高於所徵滯納金額致不符成本效益之事，爰參照所得稅法第一百條之一有關小額稅款免徵之規定，增訂第一項但書。

二、全民健康保險係強制納保，故被保險人加保及繳交保費，為一應盡義務，爰參照稅捐稽徵法相關規定，配合修正第二項。又保險費及滯納金皆屬公法上之金錢給付，性質上無待以訴為之，爰參照各種稅法法例，將依法訴求修正為移送法院強制執行，以疏減訟源。

三、全民健康保險為社會保險，依權利義務對等原則，投保單位或被保險人欠費時，保險人自得暫行拒絕給付，與追繳欠費之程序無關，爰修正第三項刪除起訴之日起始得暫行拒絕給付之規定。

四、配合本條文第一、二項的修訂，增列「利息」乙項，並將「依法追訴」刪除。（原第三十條）

（88.07.15 修正）

明定逾期繳交保險費之寬限期、滯納金計算方式及追繳程序。（原第三十條）

（83.08.09 訂定）

第三十八條　（清償責任）

投保單位、扣費義務人積欠保險費或滯納金，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人應負清償責任。

[立法理由]

一、原條文第三十條第六項移列修正。

二、配合修正條文第三十三條規定酌作修正。

（100.01.26 修正）

一、鑑於勞工保險、農民健康保險等社會保險均未有保險費加計利息之規定，爰刪除原條文第一項加計利息之規定。另修正滯納金為應納費額百分之零點一，並以應納費額之百分之十五為上限。

二、為協助經濟困難之投保單位及被保險人繳納保險費及滯納金，爰於修正條文第三項增訂投保單位或被保險人得分期繳納欠費之規定，以減輕其繳納欠費之壓力。

三、原條文第三項移列為修正條文第四項，因暫行拒絕給付多係以不發給保險憑證為手段，爰將本法施行細則第五十四條之一規定納入本法規定。

四、本法對於未按時繳納健保費之投保單位及被保險人定有加徵滯納金之規定，為強化公平性，爰於修正條文第五項增列各級政府逾限繳納保險費應加計利息之規定，以敦促各級政府負起按時繳納補助款之責。

五、部分投保單位積欠保險費乃肇因其負責人或主持人之過失，原條文並未明定向其追償之法源，爰參照勞工保險條例第十七條第二項規定，增列修正條文第六項。（原第三十條）

（92.06.18 修正）

一、加徵之滯納金至應納費額一倍之規定，對多數財務困難而遲延繳納者，將影響其繳清保險費之意願與能力，爰增訂上限為百分之三十，遲延一百五十天以後繳納者，再依民法第二〇三條規定以法定利率計算遲延利息。又為增進滯納金催收效率、節省行政成本，並避免發生催繳成本高於所徵滯納金額致不符成本效益之事，爰參照所得稅法第一百條之一有關小額稅款免徵之規定，增訂第一項但書。

二、全民健康保險係強制納保，故被保險人加保及繳交保費，為一應盡義務，爰參照稅捐稽徵法相關規定，配合修正第二項。又保險費及滯納金皆屬公法上之金錢給付，性質上無待以訴為之，爰參照各種稅法法例，將依法訴求修正為移送法院強制執行，以疏減訟源。

三、全民健康保險為社會保險，依權利義務對等原則，投保單位或被保險人欠費時，保

險人自得暫行拒絕給付，與追繳欠費之程序無關，爰修正第三項刪除起訴之日起始得暫行拒絕給付之規定。

四、配合本條文第一、二項的修訂，增列「利息」乙項，並將「依法追訴」刪除。（原第三十條）

（88.07.15 修正）

明定逾期繳交保險費之寬限期、滯納金計算方式及追繳程序。（原第三十條）

（83.08.09 訂定）

第三十九條　（保險費及滯納金之優先權）

本保險之保險費、滯納金，優先於普通債權。

[修正理由]

一、本條新增。

二、按本保險保險費為公法上之金錢給付義務，惟因未優先於普通債權，實務上法務部行政執行署所屬各行政執行處在受理健保保險費強制執行時，常遇有義務人之其他債權人參與分配，致保險費強制執行效果不彰。依健保局統計數據顯示：自九十年一月一日移送行政執行，至九十六年十二月底為止，取得債權憑證占結案之比率為百分之四十七點五六，實際上未回收欠費之比率相當高。

三、為使本保險得以永續經營，確保保險費及滯納金債權之收取，爰明定其優先債權。

（100.01.26 修正）

# 第 五 章　保險給付

第 四十 條　（保險醫療辦法）

Ⅰ　保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。

Ⅱ　前項保險對象就醫程序、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之醫療辦法，由主管機關定之。保險對象收容於矯正機關者，其就醫時間與處所之限制，及戒護、轉診、保險醫療提供方式等相關事項之管理辦法，由主管機關會同法務部定之。

※釋字第 524 號（詳第 6 條）、釋字第 533 號（詳第 1 條）

（全民健康保險醫療辦法）

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26 修正）

照黨團協商條文通過。（原第三十一條）（83.08.09 訂定）

第四十一條　（醫療服務及藥物給付項目及支付標準訂定程序一）

Ⅰ　醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。

Ⅱ　藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

Ⅲ　前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。

Ⅳ　第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

※釋字第 524 號（詳第 6 條）

（全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法）

（全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法）

（全民健康保險藥物給付項目及支付標準）

[立法理由]

原條文第五十一條第一項移列修正；至於第二項則修正移列為修正條文第四十條。

（100.01.26 修正）

一、明定醫療費用支付基準之訂定程序。

二、保險人應邀集相關團體修訂醫療費用支付標準及藥價基準，並諮詢醫療服務協定委員會之意見。（原第五十一條）

（83.08.09 訂定）

第四十二條　（醫療服務及藥物給付項目及支付標準訂定程序二）

Ⅰ　醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

Ⅱ　前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

Ⅲ　醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。

Ⅳ　前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。

※釋字第 524 號（詳第 6 條）

[立法理由]

一、配合多元支付制度之採行，於第一項規定有關醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式，並將原條文第五十一條第二項修正移列，併同規範。

二、基於保險醫療資源有限，而醫療技術日新月異及所謂有益於人體之方法繁多，為確保醫療給付之合理性及醫療服務品質，爰於第二項規定相關標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應以確實可促進人體健康之診療項目，醫療照護作業不違醫病關係、道德價值判斷等倫常，並應具一

定之診療效益及保險財務負荷等因素為考量；其中保險財務，包括監理會協定之年度醫療給付費用總額。

三、為兼顧被保險人之就醫權益及保險醫療資源效益之極大化，爰於第三項參酌司法院釋字第五二四號解釋意旨及現行實務作業，於不妨礙被保險人適時就醫之前提下，就屬高危險、昂貴或不當使用之醫療服務及藥物，授權保險人得予事前審查；至於審查之項目、方式及基準，亦應明確規定，另行授權於相關法規命令中定之。

（100.01.26 修正）

一、明定醫療費用支付基準之訂定程序。

二、保險人應邀集相關團體修訂醫療費用支付標準及藥價基準，並諮詢醫療服務協定委員會之意見。（原第五十一條）

（83.08.09 訂定）

第四十三條　（保險對象門診費用自行負擔比率）

Ⅰ　保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

Ⅱ　前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。

Ⅲ　第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

Ⅳ 第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。
（全民健康保險轉診實施辦法）
[立法理由]
照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正通過）
照修正動議條文通過。（原第三十三條）
（83.08.09 訂定）

第四十四條 （訂定家庭責任醫師制度）

Ⅰ 保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。

Ⅱ 前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。

Ⅲ 第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。
[修正理由]
照委員陳節如等(含委員涂醒哲)所提修正動議條文修正通過。
（100.01.26 修正通過）

第四十五條 （自付差額之特殊材料給付）

Ⅰ 本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。

Ⅱ　保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額。

Ⅲ　前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

[修正理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26 修正）

第四十六條　（依市場交易情形合理調整藥品價格）

Ⅰ　保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。

Ⅱ　前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。

[立法理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26 修正）

第四十七條　（保險對象住院費用自行負擔之比率）

Ⅰ　保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一

百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。

Ⅱ 保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第三十五條移列。

二、將本法施行細則第六十四條有關住院應自行負擔最高金額，區分為每次住院日數與全年住院日數之規定，修正納入第二項。

三、原條文第三項因於醫療法已有相關規範，爰予刪除。

（100.01.26 修正）

一、明定保險對象住院費用應自行負擔之比率。

二、為避免病患病癒不出院，或久佔急性病房，鼓勵慢性病人轉至慢性病房繼續接受治療，明定依住院天數長短，訂定不同之部分負擔比率。

三、為兼顧保險對象之經濟負擔，明定部分負擔之最高限額，以免影響其就醫權益。

四、部分負擔之最高限額原則將參考前一年每人平均國民所得之百分之十。（原第三十五條）

（83.08.09 訂定）

第四十八條 （保險對象自行負擔費用之除外條件）

Ⅰ 保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：

一、重大傷病。
二、分娩。
三、山地離島地區之就醫。

Ⅱ 前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。

（全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法）

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第三十六條移列。
二、配合預防保健服務項目回歸公務預算支應，爰刪除原條文第一項第三款規定，原條文第四款移列為第三款；另配合相關修正條文酌修序文所引條次。
三、為符合法律授權明確性之要求，於第二項明定免自行負擔費用辦法之授權範圍及應有內容。

（100.01.26 修正）

為顧及山地離島地區醫療資源缺乏，保險對象就醫不便，爰增訂第一項第三款規定，免予自行負擔費用。並酌修文字。（原第三十六條）

（88.07.15 修正）

一、因重大傷病、分娩及預防保健，不易產生醫療資源濫用情形，宜予免除部分負擔。
二、有關重大疾病之範圍，由主管機關定之。但有關重大疾病個案接受醫療之適當性，擬於本法施行細則中規定，由醫療服務審查委員會認定之。（原第三十六條）

（83.08.09 訂定）

第四十九條　（低收入戶費用補助）

符合社會救助法規定之低收入戶成員就醫時，依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助。但不經轉診於各級醫院門診就醫者，除情況特殊者外，不予補助。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第三十七條移列。

二、原條文第八條有關被保險人之分類已於修正條文第九條予以簡化，爰予酌修；另配合相關修正條文酌修序文所引條次，並酌作文字修正。

（100.01.26 修正）

明定低收入戶之部分負擔費用，由中央社政主管機關編列預算支應。（原第三十七條）

（83.08.09 訂定）

第 五十 條　（暫行停止保險給付之要件）

Ⅰ　保險對象依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。

Ⅱ　保險醫事服務機構對保險對象未依前項規定繳納之費用，催繳後仍未繳納時，得通知保險人；保險人於必要時，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。但保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護期間時，不適用之。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第三十八條移列，酌作文字修正。

二、配合相關修正條文酌修序文所引條次。

（100.01.26 修正）
明定部分負擔之費用由保險醫事服務機構負責收取與催繳，以及暫行拒絕保險給付之要件。
（原第三十八條）
（83.08.09 訂定）

第五十一條　（非給付範圍之項目）
下列項目不列入本保險給付範圍：
一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。
二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。
三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。
五、指定醫師、特別護士及護理師。
六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。
七、人體試驗。
八、日間住院。但精神病照護，不在此限。
九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
十、病人交通、掛號、證明文件。
十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。
十二、其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。
※釋字第 524 號（詳第 6 條）
[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第三十九條移列，序文酌作文字修正。
二、為與中央政府有所區隔，第一款及第二款酌作文字修正。
三、配合藥事法第八條規定修正第四款文字。
四、第十二款修正為「其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。」
（100.01.26 修正）
明定不屬本保險給付範圍之項目。（原第三十九條。）
（83.08.09 訂定）

第五十二條　（不屬承保之範圍）
因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第四十條移列。
二、為與中央政府有所區隔，酌作文字修正。
（100.01.26 修正）
明定非屬常態性且非本保險財務所能承擔之事故，不在本保險承保範圍，而應由政府統籌處理。（原第四十條）
（83.08.09 訂定）

第五十三條　（不予給付之項目）
保險人就下列事項，不予保險給付：
一、住院治療經診斷並通知出院，而繼續住院之部分。

二、有不當重複就醫或其他不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫。但情況緊急時不在此限。

三、使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物。

四、違反本保險規定之有關就醫程序。

※釋字第 524 號（詳第 6 條）

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第四十一條移列，序文酌作修正。

二、被保險人雖已領取殘廢給付，惟同一傷病如有繼續治療需求，原條文第一款規定似欠合理，爰刪除之。第二款遞移為第一款並酌作文字修正。

三、為確保保險醫療資源之合理使用，爰增列第二款規定，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者之醫療費用，不予給付。

四、第三款規範範圍應包含特材，爰予修正。

五、原條文第四款規定過於寬泛，爰依實務酌作修正，使臻明確。

（100.01.26 修正）

一、明定本保險不予給付之事項。

二、所稱傷害，係指保險對象對自身之傷害。

（原第四十一條）

（83.08.09 訂定）

第五十四條　（未依法提供醫療服務者，禁止收取費用）

保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人審查認定不符合本法規定者，其費用不得向保險對象收取。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第四十二條移列。

二、保險人得設置醫療服務審查專責單位辦理審查業務。

三、醫事服務機構提供之醫療服務，經保險人審查不予支付之費用，醫事服務機構應自行負責，不得向被保險人收取，爰酌作文字修正，以臻明確。

（100.01.26 修正）

明定保險醫事服務機構不依本法提供醫療服務者，不予支持費用。（原第四十二條）

（83.08.09 訂定）

第五十五條　（申請核退自墊醫療費用要件）

保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：

一、於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。

二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。

三、於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。

四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。

五、依第四十七條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。

[立法理由]

一、原條文第四十三條第一項移列修正；至於第二項則修正移列為修正條文第五十六條。

二、為保障保險對象之醫療隱私，並利其申請核退，爰酌修有關申請核退自墊醫療費用程序，改由保險對象直接向保險人申請；另將現行全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點等規定有關緊急及特殊情況所生之醫療費用核退情形納入規範，分款予以列明：

（一）為免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，於第二款本保險施行區域外之核退，限於不可預期之緊急傷病或分娩之情形，但考量部分特殊情形，授權保險人公告之特殊傷病，其就醫亦得以核退。另於臺灣地區外就醫費用之核退金額，由主管機關訂定上限。

（二）基於權利義務對等之立場，於第三款規定保險對象於暫行停止給付期間診療或分娩者，必須繳清保險費等相關費用後，始得申請核退自墊之醫療費用；其在非保險醫事服務機構診療或分娩者，除仍

應繳清保險費等相關費用外，核退條件並比照第一款及第二款規定辦理。

（三）因不可歸責於保險對象之事由，致其自墊醫療費用者，亦宜予核退，始為允當，爰於第四款予以規定。

三、配合修正條文第四十七條第二項增訂住院應自行負擔費用全年累計最高金額之規定，爰增列第五款規定。

（100.01.26 修正）

一、明定得申請核退醫療費用之條件、程序及期限。

二、公務人員保險法施行細則對於施行區域外就醫之核退，擬規定應於一年內提出申請；勞工保險條例則規定「領取保險給付之請求權，自得請領之日起，因二年間不行使而消滅」。

三、醫療費用核退之申請，得採郵寄方式為之。

四、為使醫療費用能儘速結清核付，爰明定第二項規定。（原第四十三條）

（83.08.09 訂定）

第五十六條　（申請核退自墊醫療費用之期限及程序）

I　保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：

一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。

二、依第三款規定申請者，為繳清相關費用之日起六個月內，並以最近五年發生者為限。

三、依第五款規定申請者，為次年六月三十日前。

Ⅱ 保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

（全民健康保險自墊醫療費用核退辦法）

[立法理由]

一、原條文第四十三條第二項移列修正。

二、分款明確規定各種核退情形之申請期限。且為使權利義務及早明確化，於第一項第二款規定依該等情形申請者，其核退自墊醫療費用，以最近五年發生者為限。

三、至於保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具文件、核退基準與核退程序等事宜，另增列第二項授權主管機關以辦法定之。

（100.01.26 修正）

一、明定得申請核退醫療費用之條件、程序及期限。

二、公務人員保險法施行細則對於施行區域外就醫之核退，擬規定應於一年內提出申請；勞工保險條例則規定「領取保險給付之請求權，自得請領之日起，因二年間不行使而消滅」。

三、醫療費用核退之申請，得採郵寄方式為之。

四、為使醫療費用能儘速結清核付，爰明定第二項規定。（原第四十三條）

（83.08.09 訂定）

第五十七條　（不得以同一事故重複申請或受領核退自墊醫療費用）

保險對象不得以同一事故重複申請或受領核退自墊醫療費用。

[立法理由]

條次變更，本條為原條文第四十四條移列，酌作文字修正。

（100.01.26 修正）

明定不得因同一事故重複受領核退現金。（原第四十四條）

（83.08.09 訂定）

第五十八條　（退保之處理）

保險對象依第十三條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；保險人應退還其溢繳之保險費。已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第四十五條移列，配合相關條文修正所引條次。

二、自退保之日起，保險人既不給予保險給付，保險對象所溢繳保險費應予退還始為合理、公平，爰予修正。

（100.01.26）

為防杜少數人明知不得參加本保險而仍參加者，影響本保險之公平性，爰明定其處理辦法。（原第四十五條）

（83.08.09 訂定）

第五十九條　（保險對象受領核退自墊醫療費用之權利）
保險對象受領核退自墊醫療費用之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。
[立法理由]
條次變更，本條為原條文第四十六條移列，並酌作文字修正。
（100.01.26 修正）
明定保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押、或供擔保，以保障其權益。（原第四十六條）
（83.08.09 訂定）

## 第 六 章　醫療費用支付

第 六十 條　（訂定醫療給付費用總額之範圍）
本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第四十七條移列，酌作文字修正。
二、依本條及修正條文第六十一條規定，保險醫療給付費用總額範圍係由主管機關擬訂範圍並報請行政院核定後，再由健保會依前述核定範圍負責辦理保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。為使健保會之功能得以有效發揮，宜使其於擬訂總額範圍時即得參與其事，是以主管機關於擬訂總額範圍前，得交付健保會研究總額範圍。
（100.01.26 修正）

為考量國家之財務負擔，明定應由主管機關訂定醫療給付費用總額之範圍。（原第四十七條）（83.08.09 訂定）

第六十一條　（醫療給付費用總額及其分配方式之訂定）

Ⅰ　健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

Ⅱ　前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

Ⅲ　前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

Ⅳ　第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

Ⅴ　前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

Ⅵ　第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第四十九條移列。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。（100.01.26 修正）

一、醫療費用協定委員應參考保險對象組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務生產效率，及保險給付範圍等因素，在核

定之醫療給付費用總額範圍內，協定醫療給付費用總額。

二、為順利推展次年之保險業務，若醫療費用協定委員會無法於期限內達成其任務時，由主管機關就無法達成協議之事項逕行核定。

三、醫療費用協定委員會得按季或按六個月檢討及調整各項醫療費用分配比例，報請主管機關核定。

四、為區隔不同層次之照護，故得訂定門診及住院醫療給付費用總額之分配比例。

五、為加速醫療資源之合理分布，保障保險付費者受益之權益，及發揮同儕制約之效果，醫療費用協定委員會得按地區人口組成等需要因素，訂定地區醫療給付費用之分配比例。

六、為保障各類醫療服務提供者及民眾獲得該類醫療服務之權益，並使各專業可充分發揮同儕制約之力量，得對不同醫療服務設定醫療給付費用分配比例。（原第四十九條）

（83.08.09 訂定）

第六十二條　（總額支付制度之支付基準及費用核付方式）

Ⅰ　保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。

Ⅱ　前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。

Ⅲ 保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。

Ⅳ 藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

※釋字第 524 號（詳第 6 條）

※釋字第 723 號【全民健康保險醫療服務點數申報期限案】

解釋爭點

以審查辦法規定全民健康保險醫療服務點數申報期限 2 年，違憲？

解釋文摘要

不論係公法上或私法上之請求權消滅時效，均須逕由法律規定，原全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 6 條第 1 項規定：「保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」有違法律保留原則，侵害人民之財產權，與憲法第十五條及第二十三條規定之意旨不符，應不予適用。

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

一、明定總額支付制度中之支付基準，及費用核付方式。

二、藥品處方權利為醫師所有，且精算保險藥品支出時，已考量相關支出上漲因素，因此未撙節保險藥品支出，醫師應遵守承擔藥品超出預先設定之藥品費用總額之責任。

（原第五十條）

（83.08.09 訂定）

第六十三條　（醫療服務審查方式）

Ⅰ　保險人對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之。

Ⅱ　前項醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。

Ⅲ　醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查之辦法，由主管機關定之。

Ⅳ　第一項得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序、監督及權利義務等有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

（全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法）

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第五十二條移列。

二、保險人所以審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，無非係審查其服務之適當性及品質，並據以核付費用；再者，為因應總額支付制度之實施，

參照全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二條第二項有關委由相關機構或醫事團體辦理審查規定，酌修原條文前段，列為第一項，並將得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序、監督及權利義務等有關事項授權辦法列為第四項。

三、原條文後段授權規定，則移列為第二項及第三項，並將其授權範圍及內容修正明確規定。同時將全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三條第一項有關醫療服務審查得採行之方式納入規範，使符合實際審查需要，並減少爭議。

（100.01.26 修正）

明定保險人應設醫療服務審查委員會及該會之組成及其任務。（原第五十二條）

（83.08.09 訂定）

第六十四條　（醫療服務不給付費用之責任歸屬）

醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第五十三條移列。

二、配合修正條文第四十條第一項、第六十四條第二項規定及實務需求，酌作修正。

（100.01.26 修正）

明定醫療服務經審查不給付費用之責任歸屬。（原第五十三條）

（83.08.09 訂定）

第六十五條　（總額支付制度之實施）

第六十一條第三項及第六十二條第四項之規定得分階段實施，其實施日期，由主管機關定之；未實施前，醫療服務給付項目及支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

[修正理由]

一、條次變更，本條為原條文第五十四條移列。

二、依現行作業除藥品總額及醫藥分帳制度尚未實施外，各總額均已實施，爰酌作修正；另配合醫療服務給付項目及支付標準之訂定，修正法規命令之名稱。

（100.01.26 修正）

一、明定循序漸進實施總額支付制度。

二、實施辦法中須訂定預先設定之費用總額時之財務分擔方式。（原第五十四條）

（83.08.09 訂定）

## 第 七 章　保險醫事服務機構

第六十六條　（申請特約保險醫事服務機構相關辦法之訂定）

Ⅰ　醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。

Ⅱ　前項醫事服務機構，限位於臺灣、澎湖、金門、馬祖。

（全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法）

※釋 753【全民健保特約之違約處置案】

解釋爭點

一、全民健康保險之特約內容有無法律保留原則之適用？全民健康保險法授權主管機關訂定全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，有無違反法律授權明確性原則？

二、上開辦法有關停止特約、不予支付、停約之抵扣及扣減醫療費用之規定，有無逾越母法之授權範圍？

三、上開辦法有關停止特約、不予支付及停約之抵扣之規定，有無違反憲法比例原則？

解釋文摘要

全民健康保險法有關授權主管機關定保險醫事服務機構持續管理辦法，未牴觸法治國之法律授權明確性原則，亦與憲法保障人民工作權及財產權之意旨無違。另全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法有關停約、不予支付、停約抵扣等相關規定，均未逾越母法之授權範圍，與法律保留原則相符，亦未牴觸憲法比例原則，與保障人民工作權及財產權之意旨。又同辦法扣減醫療費用相關規定未逾越母法之授權範圍，亦與法律保留原則及憲法保障人民工作權及財產權之意旨無違。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第五十五條移列。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

貫徹母法條文之意義，母法條文以「特約」醫事機構聲稱，唯獨醫事檢驗機構以「指定」名稱出現，致使現行全民健保醫事費用申覆系統缺乏一致性及公平性。爰予修正之。（原第五十五條）（91.07.17 修正）

一、明定保險人得特約上列四類醫事服務機構，提供保險對象醫療給付。

二、為適應醫療環境之快速變遷，及保險對象醫療需求之增加，爰列第四類醫事服務機構，俾使主管機關及保險人得隨時因應而特約之。

三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構，包括偏遠地區之助產士等。（原第五十五條）

（83.08.09 訂定）

第六十七條　（特約醫院設置保險病房之基準）

Ⅰ　特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。

Ⅱ　特約醫院應每日公布保險病床使用情形。

Ⅲ　保險人應每月公布各特約醫院之保險病房設置比率，並每季查核之。

（全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法）

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第五十七條移列為第一項，內容未修正。

二、為保障被保險人就醫權益，充分掌握保險病床數量資訊，增訂第二、三項條文。

（100.01.26 修正）
為保障保險對象住院醫療給付之權益及品質，明定保險對象因傷病、分娩住保險病床時，保險醫療院所不得收取費用。（原第五十七條）
（83.08.09 訂定）

第六十八條　（保險醫事服務機構不得自立名目收費）
保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。
[立法理由]
本條為原條文第五十八條移列，內容未修正。
（100.01.26 修正）
為保障保險對象醫療給付之權益，爰明定本條文。（原第五十八條）
（83.08.09 訂定）

第六十九條　（保險醫事服務機構應負查核健保卡之責）
保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其健保卡；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，保險人應予追還。但不可歸責於保險醫事服務機構者，不在此限。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第五十九條移列。
二、保險醫事服務機構應善盡查核保險對象憑證之義務，惟若有不可歸責於保險醫事服務機構者，則不應課責，爰增列但書規定。
（100.01.26 修正）
明定保險醫事服務機構應負查核保險對象保險資格之責。（原第五十九條）

（83.08.09 訂定）

第 七十 條 （保險對象就醫權益）

保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務或協助其轉診，不得無故拒絕其以保險對象身分就醫。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第六十條移列。

二、為配合轉診制度之推動，增列保險醫事服務機構應協助保險對象轉診之規定，同時為使文義更臻明確，酌修文字。

（100.01.26 修正）

為保障保險對象就醫權益，爰明定本條文。

（83.08.09 訂定）

第七十一條 （保險醫事服務機構應交付處方予保險對象）

Ⅰ 保險醫事服務機構於診療保險對象後，應交付處方予保險對象，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。

Ⅱ 保險對象門診診療之藥品處方及重大檢驗項目，應存放於健保卡內。

[立法理由]

一、本條新增。

二、本條移列自原條文第三十一條第一項後段，惟有關交付處方箋調劑規定僅規範醫藥分業，無法涵蓋醫事檢驗等其他專業分工，且相關醫事法律除藥事法外，其餘如醫事檢驗師法、物理治療師法等多未就交付處方有所規定，為配合醫療之專業分工及

醫事檢驗機構與物理治療所等醫事服務機構之特約，爰修正之。
（100.01.26 修正）

第七十二條　（抑制資源不當耗用改善方案之擬訂）
為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。
[立法理由]
照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第七十三條　（財務報告之提報及公開）
Ⅰ　保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。
Ⅱ　前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。
Ⅲ　第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：
一、資產負債表。
二、收支餘絀表。
三、淨值變動表。
四、現金流量表。
五、醫務收入明細表。
六、醫務成本明細表。
[立法理由]
照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第七十四條　（定期公開健保醫療品質資訊）

Ⅰ　保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。

Ⅱ　前項醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

[立法理由]

一、本條新增。

二、為確保全民健康保險醫療品質，保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊，並將相關實施辦法授權主管機關定之。

三、主管機關在訂定實施辦法時，將邀請相關之專家學者、被保險人代表團體、病友團體、保險醫事服務機構代表及民間團體等共同參與。

（100.01.26 修正）

第七十五條　（藥品交易書面契約之簽訂）

Ⅰ　保險醫事服務機構申報之保險藥品費用逾主管機關公告之金額者，其與藥商間之藥品交易，除為罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事外，應簽訂書面契約，明定其權利義務關係。

Ⅱ　主管機關應會同行政院公平交易委員會訂定前項書面契約之定型化契約範本及其應記載及不得記載事項。

[立法理由]

一、本條新增。

二、為維護藥品市場競爭秩序，建立公平、合理及透明之交易環境，並取得藥品市場交易之正確資料，於第一項規定領取保險藥品費用超過一定金額之保險醫事服務機構，其藥品交易契約應以書面為之。另考量實務上可能有緊急採購或特殊藥品採購等無法簽訂書面契約之特殊情形，爰併為除外規定。

三、第二項課予主管機關規定書面契約應記載及不得記載事項之義務，以確保公平、合理及透明交易環境之落實；另應訂定定型化契約範本，以利引導藥品交易雙方書面契約之簽訂。

（100.01.26 修正）

## 第 八 章　安全準備及行政經費

第七十六條　（安全準備來源）

Ⅰ　本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

一、本保險每年度收支之結餘。

二、本保險之滯納金。

三、本保險安全準備所運用之收益。

四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。

五、依其他法令規定之收入。

Ⅱ　本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第六十三條移列。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）
明定本保險安全準備之來源及財務短絀之處理方式。（原第六十三條）
（83.08.09 訂定）

第七十七條　（安全準備運用方式）
本保險之基金，得以下列方式運用：
一、公債、庫券及公司債之投資。
二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。
三、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第六十六條移列，並酌修序文文字。
二、本保險可作為投資運用之基金數額有限，且本保險開辦以來均未曾以原條文第三款之方式運用，爰予刪除。
三、原條文第四款遞移為第三款。
（100.01.26 修正）
明定本保險資金的運用範圍，其運用原則首重安全性，並兼顧流動性、收益性及社會性。（原第六十六條）
（83.08.09 訂定）

第七十八條　（安全準備提存額度）
本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第六十七條移列。

二、鑑於修正條文第二十四條已規範保險費率由保險人提請監理會審議後，層轉行政院核定後由主管機關每年公告，爰刪除後段規定。

（100.01.26 修正）

本保險之財務處理方式，乃採修正賦課制度，故本安全準備之提撥，主要在支應短期之財務失衡，是以不超過相當於三個月保險給付之額度為宜；又為維持調節財務功能，其最低限額以不低於一個月保險給付之額度為宜，超出提撥率措施，以為因應。（原第六十七條）

（83.08.09 訂定）

## 第 九 章　相關資料及文件之蒐集、查閱

第七十九條　（相關資料之提供及保存）

Ⅰ　保險人為辦理本保險業務所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕。

Ⅱ　保險人依前項規定所取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料之保存、利用等事項，應依個人資料保護法之規定為之。

[立法理由]

一、本條新增。

二、為整合各相關機關持有或保管之資料，以辦理投保、退保及保險經費、保險費計繳等業務，爰於第一項明定各相關機關提供資料之義務及內容。

三、由於保險人所取得之資料，涉及個人資料，基於保障個人資料隱私之安全性，爰明定其內部之管控稽核機制，同時資料之保有、

處理及利用，應遵循電腦處理個人資料保護法，避免資料外洩。

（100.01.26 修正）

第 八十 條 （提供資料之義務）

Ⅰ 主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

Ⅱ 前項相關資料之範圍、調閱程序與訪查、查詢等相關事項之辦法，由主管機關定之。

[立法理由]

將原條文第十七條、第六十二條、第八十條為辦理保險業務需要所為之相關訪查、查詢、調閱資料等相關條文，整合為單一條文，並依需要酌作修正。

（100.01.26 修正）

為使保險業務能順利推行，明定保險對象及投保單位對於辦理保險手續所需資料或文件以及主管機關或保險人之訪查或查詢，應據實提供或陳述之義務。（原第十七條）

明定保險醫事服務機構應向主管機關及保險人提供各項必要資料之義務。（原第六十二條）

明定本保險之主管機關或保險人於執行有關業務時，得向有關單位或機關查詢或洽取保險對象與保險有關之文件資料。（原第八十條）

（83.08.09 訂定）

# 第十章　罰則

第八十一條　（罰則一）

Ⅰ　以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。

Ⅱ　保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。

［立法理由］

一、條次變更，本條為原條文第七十二條移列。

二、近年來被保險人因求學、經商等原因於國外就醫後返國申請核退之現象逐年增加，惟各國醫療院所品質良莠不齊，為免被保險人與不肖之醫療院所掛勾，以不正當行為或虛偽之證明申請核退醫療費用，爰增列不當或虛偽申請核退醫療費用之處罰，以達遏阻作用。

三、另為保障被保險人知的權利，並遏阻保險醫事服務機構詐領醫療費用，增列第二項規定保險人應公告違規情節重大之保險醫事服務機構之名稱及違法情事等資訊之規定。

（100.01.26 修正）

明定以不法正當行為或不實方式領取保險給付或申報醫療費用之處罰。（原第七十二條）
（83.08.09 訂定）

第八十二條　（罰則二）
保險醫事服務機構違反第六十八條之規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第七十五條移列。
二、配合相關修正條文酌修所引條次，並酌修文字。
（100.01.26 修正）
明定保險醫事服務機構巧立名目收取費用之處罰。（原第七十五條）
（83.08.09 訂定）

第八十三條　（罰則三）
保險醫事服務機構違反第六十八條規定，或有第八十一條第一項規定行為，保險人除依第八十一條及前條規定處罰外，並得視其情節輕重，限定其於一定期間不予特約或永不特約。
[立法理由]
照委員黃淑英等所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第八十四條　（罰則四）
Ⅰ　投保單位未依第十五條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。
Ⅱ　前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。

Ⅲ　投保單位未依規定負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險人外，並按應負擔之保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

明定投保單位或被保險人將投保金額以多報少之處罰。（原第七十三條）

（83.08.09 訂定）

第八十五條　（罰則五）

扣費義務人未依第三十一條規定扣繳保險對象應負擔之補充保險費者，保險人得限期令其補繳外，並按應扣繳之金額處一倍之罰鍰；未於限期內補繳者，處三倍之罰鍰。

[立法理由]

一、本條新增。

二、參考所得稅法第一百十四條，規範扣費義務人違反扣繳義務之處罰，並依補繳之時間不同，處以不同之罰鍰額度。

（100.01.26 修正）

第八十六條　（罰則六）

特約醫院之保險病房未達第六十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，依其不足數每床處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，保險人並應令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第七十四條移列。

二、配合修正違反相關規定之條次。
三、保險特約床不足與其所罰款之間過於比例懸殊，乃至無警示效果，因此提高罰金至相當其獲利金額。
（100.01.26 修正）
明定特約醫院違反保險病房設置基準及占總病床比率之處罰。（原第七十四條）
（83.08.09 訂定）

第八十七條　（罰則七）
保險醫事服務機構違反第七十五條第一項規定，未簽訂書面契約，或違反主管機關依第七十五條第二項規定所定應記載及不得記載事項規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，保險人並得令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。
[立法理由]
一、本條新增。
二、明定保險醫事服務機構違反相關行為或不行為義務時之處罰。
（100.01.26 修正）

第八十八條　（罰則八）
Ⅰ　保險對象違反第十一條規定參加本保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。
Ⅱ　前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。
[立法理由]
照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第八十九條　（罰則九）

有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：

一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。

二、第二類及第三類被保險人，將其投保金額以多報少者。

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第 九十 條　（罰則十）

違反第七十條或第八十條第一項規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第七十一條移列。

二、配合相關修正條文酌修所引條次。

三、將罰鍰提高為新臺幣二萬元以上十萬元以下。

（100.01.26 修正）

第九十一條　（罰則十一）

保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。

※釋字第 472 號（詳第 8 條）

[立法理由]

照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26 修正）

第九十二條　（罰則（十二））
本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。
[立法理由]
條次變更，本條為原條文第七十七條移列，內容未修正。
（100.01.26 修正）
為減少主管機關之行政作業及困擾，明定本條文。
（原第七十七條）
（83.08.09 訂定）

## 第 十一 章　附則

第九十三條　（假扣押）
投保單位、保險對象或保險醫事服務機構積欠本保險相關費用，有隱匿或移轉財產、逃避執行之情事者，保險人得聲請法院就其財產實施假扣押，並得免提供擔保。
[立法理由]
一、本條新增。
二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。
（100.01.26）

第九十四條　（職災保險給付）
I　被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險給付。

Ⅱ　保險人得接受勞工保險保險人之委託，辦理職業災害保險之醫療給付事宜。

Ⅲ　前項職業災害保險醫療給付委託之範圍、費用償付及其他相關事項之辦法，由主管機關會同中央勞工保險主管機關定之。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第八十一條移列。

二、原條文列為第一項。

三、實務上本保險乃受勞工保險保險人之委託，提供職業災害保險之醫療給付，並向其請求償付。爰參酌施行細則第七十條之三相關規定，增列第二項，並於第三項授權訂定辦法。

（100.01.26 修正）

明定保險對象之傷病事故，係因職業災害發生者，其醫療費用應由職業災害保險償付。（原第八十一條）

（83.08.09 訂定）

第九十五條　（保險人於提供保險給付後之代位求償）

Ⅰ　保險對象因汽車交通事故，經本保險之保險人提供保險給付後，得向強制汽車責任保險之保險人請求償付該項給付。

Ⅱ　保險對象發生對第三人有損害賠償請求權之保險事故，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：

一、公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求；未足額清償時，向第三人請求。

二、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未足額清償或未投保者，向第三人請求。

Ⅲ 前項所定公共安全事故與重大交通事故、公害及食品中毒事件之最低求償金額、求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。

（全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法）

[立法理由]

一、刪除原第一項第一款條文，將其改列為第一項：「保險對象因汽車交通事故，經本保險之保險人提供保險給付後，得向強制汽車責任保險之保險人請求償付該項給付。」

二、原第一項第二、三款條文，移列為第一、二款：

（一）第一款於條文末增列：「未足額清償時，向第三人請求」等文字。

（二）第二款於「未投保者，向第三人請求」前，增列「未足額清償或」等文字。

三、第二項條文之首句增列部分文字，修正為「前項所定公共安全事故與重大交通事故、公害及食品中毒事件之最低求償金額」。

（106.11.29 修正）

條次變更，本條為原條文第八十二條移列，酌作序文之文字修正。

（100.01.26 修正）

全民健保公民共識會議之與會人員，一致認為保險事故如果係可明確歸責於第三人之事由所導致，全民健保之保險人於給付後，應向該第三人代位求償，以符公平正義原則，另九十四年二月二十五日全民健康保險監理委員會第一一七次會議，委員發言亦多傾向支持擴大代位求償範圍。爰增訂公共安全事故及重大之交通事故、公害或食品中毒事件為代位求償範圍。（原第八十二條）

（94.05.18 修正）

明定因汽車交通事故造成之保險事故，保險人為保險給付後，對強制汽車責任保險之保險人有代位求償之權利。（原第八十二條）

（83.08.09 訂定）

第九十六條　（財務收支之辦理）

本保險之財務收支，由保險人以作業基金方式列入年度預算辦理。

[立法理由]

條次變更，本條為原條文第八十三條移列，內容未修正。

（100.01.26 修正）

中央健康保險局組織條例業於九十八年一月二十三日修正公布，名稱並修正為行政院衛生署中央健康保險局組織法。茲該局回歸行政機關用人制度，預算編製方式須有所調整，原為全民健保財務收支所設之營業基金，性質即有不宜，爰修正本條規定，由保險人設置作業基金辦理。（原第八十三條）

（99.01.27 修正）

明定本保險之財務收支，應以營業基金方式列入年度預算辦理。（原第八十三條）
（83.08.09 訂定）

第九十七條　（免課稅捐之項目）
本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。
[立法理由]
條次變更，本條為原條文第八十四條移列，內容未修正。
（100.01.26 修正）
參照勞工保險條例第三條及公務人員保險法第二十三條，明定本條文。（原第八十四條）
（83.08.09 訂定）

第九十八條　（暫行停止給付之例外）
第三十五條、第三十七條、第五十條第二項及第九十一條有關滯納金、暫行停止給付或罰鍰之規定，於被保險人經濟困難資格期間，不適用之。
[立法理由]
一、條次變更，本條為原條文第八十七條之一移列，酌作文字修正。
二、配合相關修正條文酌修所引條次及內容。
（100.01.26 修正）
一、為加強保障因經濟困難無力繳納相關費用者之權益，增列排除其適用本法第三十條有關加徵滯納金及罰鍰之規定，並配合刪除加徵利息之規定酌修文字。

二、原條文第二項移列為修正條文第八十七條之五。（原第八十七之一條）

（92.06.18 修正）

第一項增列有關加徵利息及保險人得不予核發保險憑證之規定，以保障經濟困難無力繳納相關費用者之就醫權益。（原第八十七之一條）

（91.07.17 修正）

一、本條新增。

二、為貫徹憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣，並配合司法院大法官議決釋字第四七二號解釋，對於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，仍應予保險給付，爰明定第三十條第三項、第三十八條第二項、第六十九條之一有關暫行拒絕給付之規定不適用之；其認定辦法，授權由主管機關定之。（原第八十七之一條）

（88.07.15 修正）

第九十九條　（紓困基金之設置及申貸補助要件）

Ⅰ　主管機關得編列預算設置紓困基金，供經濟困難，無力繳納保險費之保險對象無息申貸或補助本保險保險費及應自行負擔之費用。

Ⅱ　前項申貸，除申貸人自願提前清償外，每月償還金額，不得高於開始申貸當時之個人保險費之二倍。

Ⅲ　第一項基金之申貸及補助資格、條件、貸款償還期限與償還方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

（全民健康保險紓困基金申貸辦法）

［立法理由］

一、條次變更，本條為原條文第八十七條之二移列。

二、配合相關修正條文酌修第一項所引條次；另基金之收支保管及運用辦法由行政院定之之規定，預算法已有明文，爰配合刪除。又目前紓困基金之來源，主要是向全民健康保險安全準備融資借款，但因醫療支出成長高於保險費收入，造成安全準備不足，現階段已低於本法所規定之下限，無法長期貸與紓困基金。且依司法院釋字第四七二號解釋，對於無力繳納健保費者，國家應給予適當之救助，其性質實屬社會救助，應由政府編列預算，以符合其精神，爰刪除原條文第一項基金「由本保險安全準備貸與一定金額」之規定及第三項。

三、配合菸品健康捐撥入經費之預算編列係合併於紓困基金，爰增列第一項中基金用途。

四、第二項前段移列第三項，並酌作文字修正，以臻明確。

（100.01.26 修正）

修正條文第一項配合修正條文第三十條、第八十七條之一及預算法第二十一條規定，酌予修正。（原第八十七之二條）

（92.06.18 修正）

一、為保障經濟困難無力繳納相關費用者之就醫權益，修正條文第八十七條之一第一項業已放寬相關費用之範圍，其中除罰鍰之性質有所不宜外，其他相關費用亦應配合

列入申貸範圍，以落實本保險財務自主之精神，爰酌修之。

二、有關本基金之申貸資格、條件等事項，乃涉及人民權利義務，爰配合行政程序法之施行，酌修第二項授權規定。（原第八十七之二條）

（91.07.17 修正）

一、本條新增。

二、為貫徹本保險保障因經濟困難而無力繳納保險費者其健康權益之旨趣，並配合大法官議決釋字第四七二號解釋，爰增訂主管機關得編列預算或由本保險安全準備貸與一定金額設置基金，供該等被保險人申貸保險費之相關規定。（原第八十七之二條）

（88.07.15 修正）

第 一百 條　（經濟困難認定標準之訂定）

前二條所定經濟困難，其認定標準，由主管機關參考社會救助相關標準定之。

（全民健康保險經濟困難認定標準）

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第八十七條之五移列。

二、配合相關修正條文酌修所引條次，並規定經濟困難之認定標準由主管機關參考社會救助相關標準定之。

（100.01.26 修正）

一、本條新增。

二、經濟困難及經濟特殊困難之認定辦法，授權主管機關定之。（原第八十七之五條）

（92.06.18 修正）

第一百零一條　（保險人應定期查核被保險人之清償能力）

依本法中華民國一百年一月四日修正施行前第八十七條之四第一項及第二項規定申請延緩繳納保險費或清償貸款者，保險人應定期查核被保險人之清償能力。

[立法理由]

一、條次變更，本條為原條文第八十七條之四移列。

二、配合相關修正條文酌修所引條次。

三、對於經濟困難者之申請延緩繳納、經濟特殊困難者之免予繳納，與申請延緩清償貸款之情形，實施期限已屆滿，爰刪除原條文第一項與第二項。

四、將第三項文字酌作修正，並規範適用情形為本法修正公布前之申請延緩繳納保險費或清償貸款者。

（100.01.26 修正）

一、本條新增。

二、照協商條文通過。（原第八十七之四條）

（92.06.18 修正）

第一百零二條　（累計財務短絀金額應分年編列預算撥補）

本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，本保險之累計財務短絀金額，由中央主管機關分年編列預算撥補之。

[修正理由]

一、本條新增。

二、照國民黨黨團所提修正動議條文通過。

（100.01.26 修正）

第一百零三條　（施行細則）

本法施行細則，由主管機關定之。

※釋字第 676 號（詳第 10 條）

[立法理由]

條次變更，本條為原條文第八十六條移列，文字酌作修正。

（100.01.26 修正）

明定本法施行細則之訂定程序。（原第八十六條）

（83.08.09 訂定）

第一百零四條　（施行日）

Ⅰ　本法施行日期，由行政院定之。

Ⅱ　本法修正條文，除中華民國一百年六月二十九日修正之第十一條施行日期由行政院定之外，自公布日施行。

[立法理由]

明定本法修正條文之實施日期。

（106.11.29 修正）

一、條次變更，本條為原條文第八十八條移列。

二、鑑於保險費按所得總額計收新制涉及本保險承保、資訊、財務作業之改革，影響層面甚廣且鉅，溝通宣導及準備相關配套措施需時，爰將本法修正條文之施行，授權行政院以命令定之。

（100.01.26 修正）

明訂本法除已另定施行日期者外，自公布日施行。（原第八十八條）

（88.07.15 修正）

明定本法施行日期，由行政院以命令定之。（原第八十八條）

（83.08.09 訂定）

# 全民健康保險法施行細則

中華民國 84 年 1 月 28 日行政院衛生署（84）衛署健保字第 84005705 號令訂定發布全文 72 條

中華民國 84 年 8 月 2 日行政院衛生署（84）衛署健保字第 84044428 號令修正發布第 41、72 條條文

中華民國 88 年 11 月 18 日行政院衛生署（88）衛署健保字第 88072617 號令修正發布全文 72 條

中華民國 89 年 7 月 26 日行政院衛生署（89）衛署健保字第 89037482 號令修正發布第 44 條條文；並增訂第 21-1 條條文

中華民國 90 年 1 月 30 日行政院衛生署（90）衛署健保字第 0900007692 號令修正發布第 32、41、44、47、52 條條文；並刪除第 13、21-1 條條文

中華民國 91 年 11 月 29 日行政院衛生署衛署健保字第 0910074700 號令修正發布第 10、12、23、28、29、35、41、59、70-1 條條文；增訂第 31-1 條條文；並刪除第 44、57、63、66 條條文

中華民國 93 年 2 月 20 日行政院衛生署衛署健保字第 0930005675 號令修正發布第 10、46、47、53、54、56 條條文；增訂第 44-1、53-1 條條文；並刪除第 54-1 條條文

中華民國 96 年 2 月 27 日行政院衛生署衛署健保字第 0962600162 號令增訂發布第 70-4～70-6 條條文

中華民國 97 年 9 月 5 日行政院衛生署衛署健保字第 0972600368 號令修正發布第 19、21、23、35、41、42、45、50、56、65、71 條條文；並增訂第 34-1、38-1～38-3、54-2 條條文

中華民國 98 年 12 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 0982660269 號令修正發布第 11、28、58、59、72 條條

文；除第 58 條第 2 項自 99 年 1 月 1 日施行外，其餘自發布日施行

中華民國 100 年 6 月 10 日行政院衛生署衛署健保字第 1002660126 號令修正發布第 28、58 條條文；中華民國 101 年 2 月 3 日行政院院臺規字第 1010122318 號公告第 64 條第 3 項所列屬「行政院主計處」之權責事項，自 101 年 2 月 6 日起改由「行政院主計總處」管轄

中華民國 101 年 2 月 15 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660023 號令修正發布第 28 條條文

中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660265 號令修正發布全文 73 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 104 年 12 月 15 日衛生福利部衛部保字第 1041260905 號令修正第 16、21、38、45、59、63、73 條條文；除第 45 條自 105 年 1 月 1 日施行外，其餘條文自發布日施行

中華民國 105 年 12 月 23 日衛生福利部衛部保字第 1051260740 號令修正第 45、73 條；並自發布日施行

中華民國 107 年 5 月 21 日衛生福利部衛部保字第 1071260246 號令發布刪除第 69~71 條條文

中華民國 107 年 9 月 19 日衛生福利部衛部保字第 1071260419 號令修正發布第 46 條條文

## 第一章　總則

第　一　條　（立法依據）

本細則依全民健康保險法（以下稱本法）第一百零三條規定訂定之。

［立法理由］

配合本法條次變更，修正授權依據，並酌作文字修正。

（101.10.30 修正）

第　二　條　（年終總報告之備查）

保險人應按月將下列書表及於年終時編具總報告，報主管機關，分送全民健康保險會（以下稱健保會）備查，並公開於網際網路：

一、投保單位、投保人數、投保金額及保險費統計表。

二、醫療給付統計表。

三、保險醫事服務機構增減表。

四、保險收支會計報表。

五、安全準備運用概況表。

六、其他與保險事務有關之重要書表及報告。

[立法理由]

一、配合本法將全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會合併，修正相關名稱。

二、配合本法用語，將序文之「陳報」調整為「報」。

三、參酌民間團體建議，增訂書表報告公開於網際網路之規定。

四、現行實務上，行政院衛生署中央健康保險局（以下稱健保局）提供之書表本已含括保險費部分，未來保險人應再提供補充保險費相關統計表，爰修正第一款文字以符實際所需。

五、本條採列舉式規定，為避免掛一漏萬，爰增列第六款概括規定。

（101.10.30 修正）

第　三　條　（年度預算之編列與備查）

保險人應依全民健康保險（以下稱本保險）業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。

［立法理由］

一、行政機關預算、決算之處理流程、時序及主管事權已有相關規範，健保局既已為行政機關，爰將年度預算及決算報告之審議程序，修正為送請備查。

二、配合本法用語，將「陳報」調整為「報」。

（101.10.30 修正）

第　四　條　（年終業務報告之公開）

健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開。

［立法理由］

一、本條新增。

二、考量健保會係代表各界參與健保事務，並肩負穩定健保財務達收支平衡等重要任務，為落實課責，並符本法擴大參與、資訊公開之精神，爰規範其應每年編具年終業務報告，並對外公開。

（101.10.30 修正）

## 第 二 章　保險對象及投保單位

第　五　條　（眷屬）

本法第二條第二款所稱眷屬，指本法第十條第一項所定第一類至第三類及第六類被保險人之

眷屬；第六類被保險人為榮民遺眷之家戶代表時，其依本法第十條第一項所定之眷屬規定如下：

一、榮民之配偶，且無職業者。

二、榮民之直系血親尊親屬，且無職業者。

三、榮民之二親等內直系血親卑親屬，未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

[立法理由]

一、現行條文第十條第三項移列修正，第一項及第二項移列為修正條文第十六條。

二、按現行全民健康保險被保險人分類制度之設計，第四類被保險人有其身分特殊性，第五類被保險人則已包含低收入戶全戶成員，均無眷屬依附投保之必要，爰於序文補充規範。

（101.10.30 修正）

第　六　條　（無謀生能力）

本法第二條第二款第三目所稱無謀生能力，指符合下列情形之一者：

一、受監護宣告尚未撤銷。

二、領有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明，且不能自謀生活。

三、符合本法第四十八條所稱重大傷病，且不能自謀生活。

[立法理由]

一、依本法條次調整移列現行條文第十一條。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第　七　條　（在學就讀）

本法第二條第二款第三目所稱在學就讀，指就讀於國內公立學校、各級主管教育行政機關核准立案之私立學校，或境外當地主管權責機關或專業評鑑團體所認可之學校，並具有正式學籍者。

[立法理由]

一、依本法條次調整移列現行條文第十二條。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

三、參照司法院釋字第六九二號解釋，有就學事實且就讀當地政府權責機關所認可的正式學校，具有正式學籍，即應符合在校就學的要件之精神，爰參考「大學辦理國外學歷採認辦法」相關規定用語，修正本條在學就讀之認定規範。

（101.10.30 修正）

第　八　條　（居留及無職業且無法以眷屬資格投保者）

Ⅰ　本法第九條所稱居留證明文件，指臺灣地區居留證、臺灣地區居留入出境證、外僑居留證、外僑永久居留證及其他經本保險主管機關認定得在臺灣地區長期居留之證明文件。

Ⅱ　本法第九條第一款所稱在臺居留滿六個月，指進入臺灣地區居留後，連續居住達六個月或曾出境一次未逾三十日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達六個月。

Ⅲ　符合本法第九條第一款規定，如無職業且無法以眷屬資格隨同被保險人投保者，應以本法第十條第一項第六款第二目被保險人身分參加本保險。

[立法理由]

一、依本法條次調整移列現行條文第十六條。

二、配合本法條次變更修正所引條次，並按本法第九條項款順序，將現行條文第二項移列為第一項。

三、考量本法合格期延長為六個月，為顧及部分民眾來臺居留後難免遇有必須短期出國之情形，爰增訂第二項明定在臺連續居住六個月或僅出境一次未逾三十日，但實際已在臺居住六個月，為取得投保資格之居留期間規定。

四、現行條文第一項移列為第三項。

（101.10.30 修正）

第　九　條　（專任有給人員及公職人員）

Ⅰ　本法第十條第一項第一款第一目所稱專任有給人員，指政府機關（構）、公私立學校具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者。

Ⅱ　本法第十條第一項第一款第一目所稱公職人員，指公職人員選舉罷免法所列公職人員。

Ⅲ　無職業之鄰長，得準用前項公職人員規定參加本保險。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更修正所引條次，並酌作文字修正。

（101.10.30 修正）

第　十　條　（雇主及自營業主）

本法第十條第一項第一款第四目所稱雇主，指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人；所稱自營業主，指未僱用有酬人員幫同工作之民營事業事業主或負責人。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第　十一　條　（專門職業及技術人員）

本法第十條第一項第一款第五目所稱專門職業及技術人員，指依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第　十二　條　（無一定雇主者）

本法第十條第一項第二款第一目及第三款第二目所稱無一定雇主者，指經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一目至第三目規定之二個以上不同雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第 十三 條　（自營作業者）

本法第十條第一項第二款第一目所稱自營作業者，指獨立從事勞動或技藝工作獲致報酬，且未僱用有酬人員幫同工作者。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

第 十四 條　（接受保安處分之執行）

Ⅰ　本法第十條第一項第四款第三目所稱接受保安處分之執行者，指經法院裁判，且經檢察機關指揮執行，容留於矯正機關、矯正機關附設醫院、醫療機構、教養機構等處所，施以強制工作、強制戒治、強制治療、觀察勒戒、監護及禁戒者。

Ⅱ　本法第十條第一項第四款第三目所稱接受管訓處分之執行者，指經法院裁定，且指揮執行於矯正機關，施以感化教育之保護處分者。

[立法理由]

一、本條新增。

二、鑑於目前我國法令已無所謂「管訓處分」，而係以「保護處分」代之，爰有補充規範之必要，同時，按法務部反映，保安處分之態樣繁多，為利明確，爰增訂本條，明定接受保安處分及管訓處分執行者之定義。

（101.10.30 修正）

第 十五 條　（合於社會救助法之低收入戶成員）

本法第十條第一項第五款所定第五類被保險人，指以下成員：

一、戶長。

二、與戶長同一戶籍或共同生活之直系血親及互負扶養義務之親屬。但戶長之直系血親卑親屬，以未婚者為限。

[立法理由]

一、配合本法條次變更修正所引條次，並酌修序文文字。

二、依照全民健康保險監理委員會意見，將「未入贅或未出嫁者」，配合時代演進，修正為「未婚者」。

三、參照社會救助法第五條有關低收入戶家庭應計算人口範圍之規定，刪除第二款旁系血親之文字。

（101.10.30 修正）

第 十六 條 （榮民及榮民遺眷之家戶代表）

Ⅰ 本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有國軍退除役官兵輔導委員會核發之中華民國榮譽國民證或義士證之人員。

Ⅱ 本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，指領有國軍退除役官兵輔導委員會核發之榮民遺眷家戶代表證之人員。

[立法理由]

配合行政院組織改造，修正行政院國軍退除役官兵輔導委員會之名稱。

（104.12.15 修正）

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

三、未來配合行政院組織改造時程，再行修正行政院國軍退除役官兵輔導委員會之機關名稱。

（101.10.30 修正）

第 十七 條 （參加本保險之身分）

Ⅰ 符合本法第十條規定，同一類具有二種以上被保險人資格者，應以其主要工作之身分參加本保險。

Ⅱ 農會或漁會會員兼具水利會會員身分者，應以農會或漁會會員身分參加本保險。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第 十八 條 （眷屬投保之身分）

Ⅰ 保險對象分屬二位以上被保險人之眷屬，且無本法第十二條規定難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形者，應依下列順序，擇一被保險人依附投保：

一、配偶或一親等直系血親。

二、二親等直系血親。

三、三親等以上直系血親卑親屬。

Ⅱ 本法第十二條所稱難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形如下：

一、父母離婚、分居、行蹤不明或未盡扶養義務，由祖父母扶養。

二、子女行蹤不明或未盡扶養義務，由孫子女扶養。

三、非婚生子女由祖父母扶養。

四、持有保護令或出示警政、社政機關介入處理及其他經保險人認定證明文件之家庭暴力被害人。

五、其他經主管機關認定之情形。

Ⅲ 保險對象有前項情形且無其他應隨同投保之被保險人時，應以第六類被保險人身分投保。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法第十二條增訂之但書規定，酌修第一項有關眷屬依附投保順序之文字，並增訂第三項俾供遵循。

三、明定本法第十二條增訂之但書規定適用情形如第二項。

（101.10.30 修正）

第 十九 條 （經同意繼續投保）

Ⅰ 本法第十條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，因故留職停薪者，經徵得原投保單位之同意，得由原投保單位以原投保金額等級繼續投保；被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位連同其應負擔部分彙繳保險人。

Ⅱ 被保險人依性別工作平等法規定申請育嬰留職停薪，並於原投保單位繼續投保者，應以原投保金額等級投保；被保險人應自付之保險費，由保險人依第四十九條規定寄發被保險人繳納。

Ⅲ 前二項投保金額等級，不得低於投保金額分級表最低一級。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法及本細則條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第 二十 條　（保險資格）

保險對象原有之投保資格尚未喪失，其從事短期性工作未逾三個月者，得以原投保資格繼續投保。

[立法理由]

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第二十一條　（以眷屬身分參加保險）

被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險：

一、應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。

二、服義務役兵役或替代役退伍（役）或結訓者，自退伍（役）或結訓之日起一年內。

[立法理由]

基於兵役法修正後，接受軍事訓練並出具「結訓令」之役男，與現役期滿退伍之役男相同，均已履行兵役義務，爰配合酌修第二款文字，以保障受訓役男權益。

（104.12.15 修正）

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第二十二條　（保險費之分別計算）

本法第十條第一項第六款第二目之被保險人符合下列情形之一者，經徵得原投保單位之同意，得以原投保單位為投保單位。但其保險費仍應依本法第二十三條及第二十七條第七款規定分別計算：

一、為退休人員。

二、依勞工保險條例第九條之一規定自願繼續參加勞工保險。

三、原隨同投保之被保險人因工作派駐國外而遷出戶籍。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第二十三條　（宗教機構或團體為投保單位）

本法第十條第一項第六款第二目所定被保險人，依戶籍法規定設籍於政府登記立案之宗教機構者，得以該宗教機構或所屬當地宗教團體為投保單位。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第二十四條　（投保單位）

I　本法第十五條第一項第一款以被保險人所屬團體為投保單位之規定，於專門職業及技術人員自行執業者，指其所屬之公會。

Ⅱ　本法第十五條第一項第四款以被保險人戶籍所在地之鄉(鎮、市、區)公所為投保單位之規定，於本法第九條第一款規定之保險對象，指其居留證明文件記載居留地(住)址所在地之鄉(鎮、市、區）公所。

Ⅲ　符合本法第九條第一款規定之第六類保險對象，經徵得保險人認可之機關、學校或團體同意者，得以該機關、學校或團體為投保單位。

[立法理由]

配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第二十五條　（保險費代為繳納）

依本法第十五條第二項規定投保之保險對象，其保險費應由其共同生活之其他類被保險人代為繳納。

[立法理由]

配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第二十六條　（保險費之計算及繼續投保）

Ⅰ　依本法第十五條第四項規定以訓練機構(關)為投保單位之第六類保險對象，其保險費仍應依本法第二十三條及第二十七條第七款規定計算。

Ⅱ　前項保險對象接受訓練未逾三個月者，得在原投保單位繼續投保。

[立法理由]

配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第二十七條　（投保單位及應檢附之文件）

Ⅰ　符合本法第十五條規定之投保單位，應填具投保單位成立申報表及保險對象投保申報表各一份送交保險人。

Ⅱ　投保單位除政府機關、公立學校、農田水利會及公營事業外，應檢附負責人身分證明文件影本及下列相關證件影本：

一、工廠應檢附工廠登記有關證明文件。

二、礦場應檢附礦場登記證。

三、鹽場、農場、牧場、林場、茶場應檢附登記證書。

四、交通事業應檢附運輸業許可證或有關證明文件。

五、民營公用事業應檢附事業執照或有關證明文件。

六、公司、行號應檢附公司登記證明文件或商業登記證明文件。

七、私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業及各業人民團體應檢附立案或登記證明文件。

八、本法第十條第一項第一款第三目之雇主，應檢附僱用契約書或證明文件。

九、第一款至前款以外之投保單位，應檢附目的事業主管機關核發之許可或登記證明文件。

Ⅲ　投保單位依前二項規定將申報表及證明文件影本送交保險人當日，即完成申報應辦手續。

Ⅳ　經由公司及商業設立一站式線上申請作業網站，申請成立投保單位者，免依第一項及第二項規定，檢送申報表及相關證明文件影本。

[立法理由]
一、條次變更。
二、配合本法條次變更，修正所引條次。
（101.10.30 修正）
一、現行條文未修正，列為第一項至第三項。
二、配合「公司及商業設立一站式線上申請作業網站」之建置完成，相關公司（商業）經由該網站申請成立全民健康保險投保單位者，其設立之證明文件已得透過網際網路一併提供予保險人，實務上已無要求前揭公司（商業）再提供申報表及證明文件影本之必要，爰增訂第四項。（原第二十八條）
（101.02.15 修正）
鑑於經濟部自九十九年六月四日起已將工廠登記制度簡化為登記不發證，爰配合修正本條關於類此投保單位成立時應檢附之證明文件，以符合實務作業。（原第二十八條）
（100.06.10 修正）

第二十八條　（訪查或查詢之資料）
I　投保單位應備下列資料，以供主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢：
一、第一類被保險人之投保單位，應備僱用員工或會員名冊（卡）、出勤工作紀錄、薪資表、薪資資料。
二、第二類及第三類被保險人之投保單位，應備被保險人及眷屬名冊（卡）、全民健康保險費之收繳帳冊及依第五十一條規定所設專戶之存款證明文件。

三、第四類被保險人之投保單位應備被保險人名冊；第五類、第六類被保險人之投保單位，應備保險對象投退保申報表等相關文件及附件。

Ⅱ 前項第一款及第二款之名冊(卡)，應分別記載下列事項：

一、被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及住址。

二、被保險人到職、入會或投保資格審核通過之年、月、日。

三、被保險人工作類別、時間及薪資或收入。

四、被保險人留職停薪期間。

Ⅲ 前二項資料，投保單位應自被保險人離職、退會或退保之日起保存五年。

Ⅳ 第一項及第二項有關國民身分證之規定，於本法第九條規定之保險對象，以居留證明文件為之。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

三、依修正條文第五十一條規定，第二類及第三類投保單位，均得一次預收三個月或六個月之保險費及應設專戶保管，故其應備供訪查或查詢之資料，應為一致，爰將現行條文第一項第二款及第三款予以合併，並酌修文字。

四、於第一項第三款增列第四類投保單位應備資料。

五、第二項酌修文字，第三項未修正

(101.10.30 修正)

第二十九條　（投保手續）

保險對象有下列情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象投保申報表一份，送交保險人辦理投保手續：

一、合於本法第八條或第九條規定者。

二、轉換投保單位。

三、改變投保身分。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第 三十 條　（辦理續保）

被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲無謀生能力，或在學就讀且無職業者，投保單位應於其年滿二十歲當月底，填具續保申報表一份送交保險人辦理續保。

[立法理由]

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第三十一條　（因育嬰而留職停薪之續保）

被保險人因育嬰留職停薪，於原投保單位繼續投保者，投保單位應填具繼續投保及異動申報表一份，並檢附相關證明文件，向保險人申報；原育嬰留職停薪期間屆滿展期或提前復職者，亦同。

[立法理由]

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第三十二條　（失蹤）

Ⅰ　本法第十三條所稱失蹤，指經警察機關或入出國及移民主管機關受理登記為失蹤、行方不明或查尋人口。

Ⅱ　保險對象因遭遇災難失蹤，得自該災難發生之日退保。

［立法理由］

一、依本法條次調整移列現行條文第三十五條。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第三十三條　（保險效力之始終）

Ⅰ　本法第十四條所稱保險效力之開始，指自合於本法第八條或第九條所定條件或原因發生日之零時起算；保險效力之終止，指至合於本法第十三條所定條件或原因發生日之二十四時停止。

Ⅱ　前項規定於保險對象復保、停保時，準用之。

［立法理由］

一、依本法條次調整移列現行條文第三十八條之一。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第三十四條　（退保原因）

本法第十五條第六項所稱退保原因，指下列情形之一：

一、轉換投保單位。

二、改變投保身分。

三、死亡。

四、合於本法第十三條所定條件或原因。

[立法理由]
一、條次變更。
二、配合本法條次變更修正所引條次，並酌修文字。
（101.10.30 修正）

第三十五條　（退保手續）
保險對象有前條所定情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象退保申報表，送交保險人辦理退保手續，同時提供予保險對象。
[立法理由]
一、條次變更。
二、考量收容人納保後，現行條文第二項規定恐暴露其個人隱私，且實務上尚非絕對必要，爰修正第一項文字並刪除第二項。
（101.10.30 修正）

第三十六條　（辦理退保手續）
保險對象有依本法第十三條規定應予退保情形而投保單位未依前條規定辦理退保手續時，保險人得逕依相關主管機關提供之資料，為其辦理退保手續並通知投保單位及保險對象。但通知顯有困難者，不在此限。
[立法理由]
一、條次變更。
二、配合本法條次變更，修正所引條次。
（101.10.30 修正）

第三十七條　（停保原因）
I　保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於

失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：

一、失蹤未滿六個月者。

二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。

Ⅱ 前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。

[立法理由]

一、條次變更。

二、為符合社會各界對於公平性之訴求與期待，爰增訂第一項第二款但書，以適度處理出國停保民眾僅短期復保就醫，與繳交保險費義務失衡之爭議。

三、另基於齊一保險對象申請停保權利之考量，刪除現行遠洋漁船船員不得停保之規定。

四、為利明確，增訂第二項，明定辦理失蹤及出國停保之起算時點。

（101.10.30 修正）

第三十八條 （眷屬之停保）

被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：

一、被保險人因前條第一項第一款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。

二、被保險人因前條第一項第二款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得

原投保單位同意或原依附第六類被保險人投保者，得於原投保單位繼續參加本保險。

[立法理由]

考量實務上第六類保險人辦理出國停保後，眷屬若選擇繼續於原投保單位加保時，鄉(鎮、市、區)公所並無不予同意之權利，為能切合現況，爰配合新增原依附第六類被保險人投保之眷屬，亦得為繼續在原投保單位加保之例外情形。

(104.12.15 修正)

一、條次變更。

二、配合前條修正，酌修文字。

(101.10.30 修正)

第三十九條　(註銷停保或復保)

Ⅰ　保險對象停保後，應依下列規定辦理：

一、失蹤未滿六個月者，於六個月內尋獲時，應自尋獲之日註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之日起終止保險，辦理退保手續。

二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。

Ⅱ　政府駐外人員或其隨行之配偶及子女，辦理出國停保後，因公返國未逾三十日且持有服務機關所出具之證明，得免依前項第二款規定註銷停保或復保，但在臺期間不得列入出國期間計算。

Ⅲ　第一項保險對象於申請復保時，投保單位應填具復保申報表一份送保險人；於核定復保後，停

保期間扣取之補充保險費，得向保險人申請核退。

Ⅳ 本細則中華民國一百零二年一月一日修正施行前，已依修正前第三十六條第一項第二款規定辦理停保者，其該次停保、註銷停保或復保，依原規定辦理。但符合第二項規定者，得依該規定辦理。

［立法理由］

一、條次變更。

二、為免徒增民眾誤解及實務作業困擾，爰刪除停保原因消失等文字並酌作文字修正。

三、考量政府機關駐外人員與隨其赴任者，常須因公務短期返國並不得自行選擇返國日期，爰增訂第二項，例外規範渠等因公返國期間之停保或復保條件。

四、由於停保期間未提供保險給付，除一般保險費應予免繳，保險對象被扣取之補充保險費亦應免除，又為免造成扣費義務人實務執行困擾，爰增訂第三項向保險人申請核退補充保險費之規定。

五、對於過去已辦理停保且尚未返國之民眾，若要求渠等返國後立即適用新制，恐對其權益造成影響，爰增訂第四項予以保障。

（101.10.30 修正）

第 四十 條 （保險對象資料之變更或錯誤）

保險對象之姓名、出生年月日、國民身分證統一編號或居留證統一證號變更或錯誤、第六類被保險人申報之通訊地址或戶籍地址變更時，投

保單位應即填具保險對象變更事項申報表一份，連同有關證件送交保險人。

[立法理由]

一、條次變更。

二、為維護第六類被保險人地址正確性，增列相關規範。

（101.10.30 修正）

第四十一條　（應通知投保單位之事由）

保險對象有第二十一條、第二十九條、第三十條、第三十五條或前條所定情形，應即通知投保單位。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合相關條文條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第四十二條　（投保單位資料之變更）

投保單位之名稱、負責人、地址或其通訊地址變更時，應於十五日內填具投保單位變更事項申報表一份，連同有關證件送交保險人。

[立法理由]

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第四十三條　（投保單位應通知之事項）

I　投保單位有停業、歇業、解散或裁撤情事時，應於十五日內以書面通知保險人，並檢附相關證件，辦理所屬保險對象之異動申報手續。

Ⅱ　已辦理停業之投保單位復業時，應於十五日內以書面通知保險人，並檢附相關證件，辦理所屬保險對象之異動申報手續。

［立法理由］

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第四十四條　（投保單位之註銷）

Ⅰ　投保單位有歇業、解散、破產宣告、無保險對象投保達一百八十日以上之情事，或積欠保險費及滯納金，經依法執行無效果者，保險人得註銷該投保單位。其應繳保險費之計算，以事實發生日為準；事實發生日不明者，以保險人查定之日為準。

Ⅱ　前項投保單位所屬之保險對象，應即以適當身分改至其他投保單位參加本保險。

［立法理由］

一、條次變更。

二、現行投保單位及保險對象所積欠之保險費及滯納金，係依行政執行法移送執行，爰配合刪除第一項中「強制」之文字。

（101.10.30 修正）

## 第 三 章　保險財務及保險費之計繳

第四十五條　（政府負擔之總經費）

本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。

二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

[立法理由]

一、查現行條文第四十五條第二款所規定政府依其他法律規定之保險費補助項目，原本包括原住民健保費、六十五歲以上離島地區居民健保費、中低收入戶健保費、七十歲以上中低收入老人健保費、中重度身心障礙者健保費、中低收入戶十八歲以下兒少健保費、失業被保險人與其眷屬健保費及經濟弱勢者健保費等八項保險費補助。

二、惟依據立法院一百零五年十一月二日台立院議字第一〇五〇七〇五五〇六號函，應按立法院第九屆第一會期社會福利及衛生環境委員會一百零五年六月二十二日第三十三次全體委員會議通過「不應將失業被保險人及其眷屬健保費及經濟弱勢者健保費之補助，納入政府負擔經費之計算」之決議更正。據此，嗣後有關政府每年度負擔本保險之總經費計算，將排除該二項健保費補助，另酌修文字。

（105.12.23修正）

一、依本法第三條第一項規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險

經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。因其文義並未限定計入政府負擔數之範圍，而實務上，政府除依本法第二十七條及第三十四條規定負擔保險費外，尚依其他規定提供保險費補助，本條文似有限縮本法之虞，爰配合修正文字。

二、政府依其他法律規定之保險費補助項目，包括原住民健保費、六十五歲以上離島地區居民健保費、中低收入戶健保費、七十歲以上中低收入老人健保費、中重度身心障礙者健保費、中低收入戶十八歲以下兒少健保費、失業被保險人與其眷屬健保費及經濟弱勢者健保費等八項。

三、性別工作平等法第十六條第二項規定「受僱者於育嬰留職停薪期間，得繼續參加原有之社會保險，原由雇主負擔之保險費，免予繳納；原由受僱者負擔之保險費，得遞延三年繳納。」修正通過時立法院附帶決議:「受僱者育嬰留職停薪期間，原由雇主負擔社會保險之保險費，改由行政院負責協調全額補助

（104.12.15修正）

一、本條新增。

二、明定政府每年度負擔本保險之總經費內涵。

（101.10.30修正）

第四十六條　（投保金額之分級）

I　下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：

一、無給職公職人員：

（一）直轄市議會議員、縣（市）議會議員及鄉（鎮、市）民代表會代表，依地方民意代表費用支給及村里長事務補助費補助條例第三條規定，以公務人員相當職級計算其投保金額。

（二）村（里）長及鄰長，按投保金額分級表第十二級申報。

二、受僱者：

（一）具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者，應以其俸（薪）給總額計算其投保金額。

（二）前目以外之受僱者，應以合於勞動基準法規定之工資計算其投保金額。每月工資不固定者，得以最近三個月平均工資申報投保金額，但不得低於所屬投保身分類目之投保金額下限規定。

三、僱用被保險人數五人以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級及其所屬員工申報之最高投保金額。

四、僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、前款以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，除

自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於本法第十條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。但未僱用有酬人員幫同工作之本款專門職業及技術人員自行執業者，其自行舉證申報之投保金額，最低以投保金額分級表第六級為限。

五、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，於第二類第一目非以最低投保金額申報者之月平均投保金額成長率累積達百分之四點五時，由保險人依下列規定公告調整最低申報投保金額：

(一)於一月至六月累積達百分之四點五時，自次年一月起按原最低投保金額對應等級調高一級。

(二)於七月至十二月累積達百分之四點五時，自次年七月起按原最低投保金額對應等級調高一級。

六、參加船長公會為會員之外僱船員由船長公會投保者，除自行舉證申報投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。

Ⅱ 前項第一款第二目所稱鄰長，指第九條第三項所定無職業，並準用公職人員規定參加本保險之鄰長。

※釋 473

[立法理由]

一、為使每月工資不固定之受僱者，其投保金額計算更符合實際，爰參照衛生福利部一百零五年五月十一日衛部保字第一〇五一二六〇二九三號函規定之精神，於第一項第二款第二目後段增列文字，規定其得以最近三個月平均工資申報投保金額，但不得低於所屬類目之投保金額下限規定。

二、現行條文第一項第五款規定，自一百零二年一月一日實施以來已調整二次，各縣市工會代表曾多次提出建言，表示職業工會成員多屬無一定雇主或自營作業者，與全國各公、民營事業機構受僱者之立基點不同；全民健康保險會一百零七年第一次委員會議討論職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案時亦作成決議，建議職業工會會員之投保金額，應隨職業工會會員排除適用下限申報者之月平均投保金額成長率調整。爰以第二類第一目（即職業工會會員之加保類目）中，非以最低投保金額申報者之月平均投保金額成長率，替代全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長公告時間過於倉促，影響職業工會保險費收繳作業等情形產生，調整生效時間，若上半年達調整門檻（累積成長率達百分之四點五），維持次年元月申報下限調高一級，若下半年達調整門檻，則修正自次年七月起調整。

（107.09.19 修正）

一、條次變更。

二、配合本法刪除原第二十二條之一有關軍公教人員投保金額計算之規定，增訂第一項第二款第一目，並併同明定民間受僱者投保金額計算方式，以茲明確。

三、考量專門職業及技術人員之類別日益擴增，所得差異性大，且衡酌有否僱用有酬人員幫同工作之所得情形或有不同，爰配合增訂第一項第四款但書，調降未僱用有酬人員幫同工作之專門職業及技術人員得舉證調降之投保金額下限，俾以落實量能負擔原則。

四、現行條文第二款至第五款款次遞移，並配合本法及相關修正條文條次變更，修正所引條次。

五、健保開辦時，職業工會會員投保金額下限係沿襲勞保之規定，自分級表第六級起申報。惟自八十五年起，於數次基本工資調整後，健保因連動所致，投保金額分級表下限隨之更迭，分級表第六級之投保金額並因應提高。惟職業工會會員勞保申報下限持續維持一萬八千三百元之定額下，肇致職業工會會員之勞、健保投保薪資（金額）申報下限差距漸大，職業工會因此多次透過各種管道陳情並於預告期間送來建議，堅決反對以第六級為申報下限，並要求職業工會會員勞健保投保薪資（金額）應取得一致之規範，或維持於二萬一千九百元直到基本工資超過該金額時始可調整。

六、職業工會會員上開訴求對健保財務影響甚鉅，且無法與其他類目被保險人之保費負擔取得公平之規範，恐難採行。惟考量基本工資調整，不代表職業工會會員薪資水準會同步調漲，又近年基本工資調整頻率較密集，對職業工會會員投保金額申報下限衝擊較大下，爰修正第一項第五款，將以健保之公、民營事業、機構之受僱者月平均投保金額累計成長率高於百分之四點五（投保金額分級表上下級距間成長率之平均值）時，於次年一月一日調整其投保金額申報下限，取代現行第六級起申報之規定，同時以一百年一月一日生效之全民健康保險投保金額分級表第六級，即二萬一千九百元為起始值，並以是日為起始日期，計算累計成長率，俾使職業工會會員申報下限有合理之調整機制。

（101.10.30 修正）

第四十七條　（投保金額之下限）

第一類及第二類被保險人，其申報之投保金額不得低於其適用勞工退休金月提繳工資分級表之月提繳工資及勞工保險之投保薪資。但超過本保險投保金額最高一級者，應以本保險最高一級為投保金額。

[立法理由]

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第四十八條　（徵收利息之利率）

本法第二十八條規定應徵收之利息，依欠費期間每年一月一日郵政儲金一年期定期儲金固定利率，按日計算。

［立法理由］

一、依本法條次調整移列現行條文第五十三條之一。

二、配合本法第二十八條規定各級政府於本法修正施行前之欠費，應依修正前本法第三十條第五項之規定課徵利息，明定利息計算方式。

（101.10.30 修正）

第四十九條　（按月繳納保險費之方式）

Ⅰ　依本法第三十條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發或以電子資料傳輸方式遞送投保單位或被保險人繳納。

Ⅱ　投保單位或被保險人於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於十五日內通知保險人補寄送，並依保險人補寄送之表單，限期繳納；其怠為通知者，視為已於次月底寄達。

Ⅲ　投保單位或被保險人對於保險費計算表及繳款單所載金額如有異議，第一類及第六類被保險人之投保單位及第六類被保險人應先照額繳納，第二類、第三類被保險人之投保單位應先彙繳實際收繳之保險費後，再向保險人提出異議理由，經保險人查明錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。

［立法理由］

一、條次變更。
二、配合本法條次變更，修正所引條次。
（101.10.30 修正）

第 五十 條 （保險費補助之預算與撥付）

Ⅰ 各機關依本法第三條第二項及第三十條第一項第四款應負擔或補助之保險費，由保險人核計，於每年一月十五日及七月十五日前，送請各機關於當年一月底及七月底前預撥。

Ⅱ 中央社政主管機關依本法第三十條第一項第三款規定應補助之保險費，由保險人核計，於前月十五日前送請該機關於當月五日前撥付。

Ⅲ 各機關應負擔或補助之保險費，保險人應按年結算，有撥付不足者，保險人應於十二月底前，送請各機關於次年一月底前撥付。

[立法理由]

一、條次變更。
二、增訂第一項明定本法第三條第二項及第三十條第一項第四款各機關應負擔或補助保險費之撥款程序。
三、現行條文第一項移列為第二項，並配合第五類被保險人之保險費已改由中央政府全額補助，酌作文字修正。
四、現行條文第二項移列為第三項，並整併為政府各機關應負擔或補助保險費之結算規定，酌作文字修正。
五、未來配合行政院組織改造時程，社政業務劃歸衛生福利部管轄後，再行修正相關文字。

（101.10.30 修正）

第五十一條　（保險費之預收）

Ⅰ　投保單位得於金融機構設立「全民健康保險」專戶，並轉知被保險人以轉帳或代收方式繳納保險費。

Ⅱ　第二類及第三類被保險人之投保單位，得徵得被保險人或會員（代表）大會同意後，一次預收三個月或六個月保險費，並應掣發收據，按月彙繳保險人；其預收之保險費於未彙繳保險人以前，應以投保單位名義設全民健康保險專戶儲存保管，所生孳息並以運用於本保險業務為限。

Ⅲ　前項採行預收保險費之投保單位，得為承辦業務人員辦理員工誠實信用保證保險。

［立法理由］

條次變更，內容未修正。

（101.10.30 修正）

第五十二條　（保險費之繳納）

Ⅰ　保險費及滯納金之繳納，以元為單位，角以下四捨五入。

Ⅱ　被保險人應自付之保險費及政府補助金額尾數均為五角時，以政府補助金額進位。

［立法理由］

一、條次變更。

二、基於實務作業上滯納金亦有計算至角以下之情形，爰配合修正第一項，俾符實務需求。

（101.10.30 修正）

第五十三條　（註明及掣發收據）

投保單位依本法第三十條第一項第一款或第二款規定扣繳或收繳被保險人及其眷屬負擔之保險費時，應於被保險人之薪資單（袋）註明或掣發收據。

［立法理由］

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第五十四條　（保險費之墊繳及欠費清單）

Ⅰ　第一類被保險人之投保單位因故不及於本法第三十條規定期限扣、收繳保險費時，應先行墊繳。

Ⅱ　第二類及第三類被保險人應自付之保險費，未依本法第三十條規定期限繳納者，投保單位應通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向保險人提送被保險人欠費清單。

Ⅲ　前項投保單位未依第四十九條第三項規定提出異議理由者，應於寬限期滿後十五日內，提送保險費應繳納金額與彙繳金額差額部分之欠費清單。

［立法理由］

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第五十五條　（薪資所得總額）

本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。

[立法理由]

一、本條新增。

二、界定本法第三十四條之薪資所得總額計算範圍，凡依所得稅法規定認定為投保單位給付之薪資所得（所得格式代號為 50），均應列入計算。

（101.10.30 修正）

第五十六條　（按月繳納補充保險費之方式）

Ⅰ　投保單位依本法第三十四條規定應按月繳納之補充保險費，應自行計算後填具繳款書，於次月底前向保險人繳納；如有溢、短繳時，保險人得自依法應繳或已繳之保險費中逕予互為抵扣。

Ⅱ　投保單位未依本法第三十四條規定足額繳納補充保險費時，保險人得依查得之薪資所得，核定應繳納之補充保險費，並開具繳款單交投保單位依限繳納。

[立法理由]

一、本條新增。

二、本法第三十四條規定之補充保險費計繳方式，因與一般保險費計收費用方式不同，爰參考所得稅法第九十八條規定，於第一項明定補充保險費繳納方式，且為簡化作業，並明定投保單位如有溢、短繳保險費之情形，保險人得逕自於一般保險費及補充保險費中互為抵扣。

三、參酌所得稅法對於未按時申報者規定其執行措施，於第二項明定保險人得依查得之薪資所得，核定投保單位應繳納之補充保險費，俾求妥適。

（101.10.30 修正）

第五十七條　（滯納金之合計與代收代付）

Ⅰ　投保單位、保險對象或扣費義務人依本法第三十五條第一項規定應繳納滯納金者，由保險人核計應加徵之金額，通知其向指定金融機構繳納。

Ⅱ　投保單位或扣費義務人填寫繳款書繳納補充保險費者，得由各代收保險費金融機構計算應加徵之滯納金金額，併同保險費代為收取。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法相關規定，增列保險對象及扣費義務人繳納滯納金規定及修正所引條次。

三、考量部分投保單位或扣費義務人囿於經費、設備及人員等因素限制，於逾繳納寬限期限應加徵滯納金時無法列印具條碼之繳款書，併計供至金融機構繳納，爰增列第二項明定填寫保險人提供之無條碼繳款書，繳納補充保險費時，若應加徵滯納金，可由金融機構代為計收。

（101.10.30 修正）

第五十八條　（重複投保）

Ⅰ　保險對象重複投保者，應依第十七條、第十八條及本法第十一條規定計繳保險費。其重複繳納

之保險費，投保單位或被保險人得於發生重複繳納保險費之日起五年內向保險人申請退還，逾期不予受理。

Ⅱ　前項申請退還重複繳納之保險費，經保險人審查屬實後，於計算次月保險費時，一併結算。

［立法理由］

一、條次變更。

二、配合本法條次變更及相關修正條文，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

## 第 四 章　保險給付及醫療費用支付

第五十九條　（地區醫院、區域醫院及醫學中心）

本法第四十三條第一項所稱地區醫院、區域醫院及醫學中心，指經主管機關辦理醫院評鑑評定為地區醫院、區域醫院及醫學中心之醫院。

［立法理由］

按九十九年度經主管機關辦理醫院評鑑，評定為第一類及第二類合格以上之醫院，合格效期至多四年，已於一百零三年屆滿，目前已無上述評定之醫院，爰配合刪除第二項。

（104.12.15 修正）

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

三、本法第四十三條第四項已授權訂定轉診實施辦法，爰刪除現行條文第一項有關轉診相關規定，改於該辦法中研議訂定。

四、由於目前主管機關辦理之醫院評鑑評定僅有地區醫院、區域醫院及醫學中心之分類，

為符實際爰酌修現行條文第二項，並移列為第一項；惟九十九年度以前申請參加第一類及第二類評鑑者之評鑑結果仍在效期內，爰增訂第二項予以規範。

（101.10.30 修正）

一、全民健康保險法第三十三條第一項所稱之地區醫院、區域醫院及醫學中心，係依據醫療法第二十八條醫院評鑑結果而定。醫院評鑑自一百年起，恢復使用「地區醫院」及「區域醫院」之分級，為因應是項變革，並兼顧九十九年（含）以前已接受通過評鑑者，爰修正第二項第一款及第二款之規定。

二、至於第二項第一款及第二款所指第一類及第二類醫院，其通過評鑑之資格有效期間最多為四年，至遲將於一百零三年期滿，屆時須重新申請評鑑並適用一百年起之評鑑結果，故自一百零四年起，將不再有第一類或第二類評鑑合格之醫院。（原第五十八條）

（100.06.10 修正）

第 六十 條　（自行負擔費用之減免）

保險對象於主管機關依本法第四十三條第四項所定之醫療資源缺乏地區接受門診、急診或居家照護服務，其應自行負擔之費用，得予減免百分之二十。

[立法理由]

一、本條新增。

二、明定保險對象於醫療資源缺乏地區接受門診、急診或居家照護服務，得予減免應自行負擔費用之比率。

（101.10.30 修正）

第六十一條　（自行負擔費用之比率）

主管機關依本法第四十三條第三項公告之保險對象門診應自行負擔金額，得依各級醫療院、所前一年平均門診分項費用，於同條第一項所定比率內分別訂定。

[立法理由]

一、依本法條次調整移列現行條文第六十七條。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

（101.10.30 修正）

第六十二條　（住院日數及自行負擔住院費用最高金額）

Ⅰ　本法第四十七條第一項及第二項所定住院日數，指當次住院日數；當次住急性病房或慢性病房不同類病房之日數，應分別計算；以相同疾病於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數並應合併計算。

Ⅱ　本法第四十七條第二項所定保險對象應自行負擔住院費用之最高金額，每次住院為每人平均國民所得百分之六；無論是否同一疾病，每年為每人平均國民所得之百分之十。

Ⅲ　前項所稱每人平均國民所得，由主管機關參考行政院主計總處發布之最近一年每人平均國民所得定之。

[立法理由]

一、條次變更。
二、配合本法條次變更，修正所引條次。
三、配合行政院組織改造，修正行政院主計處之名稱。
（101.10.30 修正）

第六十三條　（第五類被保險人自行負擔費用）

Ⅰ　第五類被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關依本法第四十九條定期撥付保險人。

Ⅱ　本法第十條第一項第六款第一目被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，得由國軍退除役官兵輔導委員會定期撥付保險人。

[立法理由]

配合行政院組織改造，修正行政院國軍退除役官兵輔導委員會之名稱。

（104.12.15 修正）

一、條次變更。
二、配合本法條次變更，修正所引條次。
三、未來配合行政院組織改造時程，再行修正機關名稱及相關文字。
（101.10.30 修正）

## 第 五 章　罰則

第六十四條　（非可歸責於投保單位）

本法第八十四條所稱非可歸責於投保單位者，指下列情形之一：

一、經投保單位二次以書面通知應投保之被保險人辦理投保手續，被保險人仍拒不辦理，並通知保險人。

二、應投保之眷屬，被保險人未向其投保單位申報。

三、第二類、第三類或第六類保險對象未向其投保單位申報。

[立法理由]

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

三、考量各類別保險對象間衡平性，修正第三款文字，並按法制作業體例，刪除各款「者」字。

（101.10.30 修正）

## 第 六 章　附則

第六十五條　（保險對象）

本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行時，已在臺灣地區設有戶籍或領有居留證明文件之非本保險保險對象，自繼續在臺灣地區設籍或居留滿四個月時起，應參加本保險為保險對象。

[立法理由]

一、本條新增。

二、考量本法一百年一月四日修正之條文施行時，將有部分民眾發生已設籍或持有居留證件在臺居留但仍未滿四個月，致未參加本保險之情形，基於從新從優原則考量，

爰新增本條，明定渠等繼續適用修法前合格期四個月之規定。

（101.10.30 修正）

第六十六條　（專門職業及技術人員以第二類被保險人身分參加本保險之要件）

符合下列各款條件之專門職業及技術人員，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，得以第二類被保險人身分參加本保險：

一、其取得之專門職業及技術人員資格項目，屬八十四年三月一日後始列入專門職業及技術人員考試相關法規者。

二、取得前款專門職業及技術人員資格及本法一百年一月四日修正之條文施行時，均以第二類被保險人身分於該類職業工會參加本保險。

三、未僱用有酬人員幫同工作。

[修正理由]

一、本條新增。

二、八十四年三月一日本法實施前，專門職業及技術人員尚屬有限，故本保險開辦初期，是類人員多於所屬之縣(市)職業工會參加勞工保險，並以第二類保險對象身分參加本保險，惟專門職業及技術人員考試法等相關規定多次增修後，專門職業及技術人員之範圍日益擴大，類型亦漸複雜，導致保險人查核輔導渠等以第一類專技身分投保之執行作業時有困難。

三、考量現況實務上尚難於短期內全面清查，將未僱用員工之專技人員且以第二類被保

險人身分投保者，立即全數改以第一類被保險人身分投保，為避免因執行時程不一造成權益影響差異，有所不公，爰依行政程序法信賴保護原則之相關規範，增訂本條予以適度保障，並齊一自本法一百年一月四日修正之條文施行後，一律依法轉換投保身分並負擔相應保險費。

四、為免本項修正於施行前遭不當利用，爰將取得專技資格及參加職業工會之時點列為資格條件。

（101.10.30 修正）

第六十七條　（第六類保險對象身分規定之適用）

本細則中華民國一百零二年一月一日修正施行時，依修正前第二十條規定，以第六類保險對象身分參加本保險者，得繼續依該規定投保。但改以他類投保身分投保後，不適用之。

[立法理由]

一、本條新增。

二、現行條文第二十條刪除後，考量過去已依該規定以第六類保險對象身分參加本保險者，多為年長民眾，為避免對其生活造成衝擊與不便，爰增訂本條予以保障。

（101.10.30 修正）

第六十八條　（保險人應公告事項）

保險人每年應公告之事項如下：

一、依本法第二十二條規定第三類保險對象適用之投保金額。

二、依本法第二十三條所定之平均保險費。

三、依本法第二十九條所定之眷屬人數。
四、依第四十六條第一項第四款所定之平均投保金額。

[立法理由]

一、條次變更。
二、配合本法條次變更及相關修正條文，修正所引條次。
三、第一項所列主管機關每年應公告事項，因於本法中均已明定，無庸重複規範，爰予刪除。
四、配合本法刪除軍公教投保金額計算比率之規定，刪除現行條文第二項第一款規定，其餘款次遞移。

（101.10.30 修正）

第六十九條　（刪除）

第　七十　條　（刪除）

第七十一條　（刪除）

第七十二條　（免課之稅捐）

依本法第九十七條規定免課之稅捐如下：

一、保險人、投保單位及扣費義務人辦理本保險所用之帳冊契據，及保險醫事服務機構請領保險給付與其收取保險對象屬本保險給付範圍而應自行負擔費用所出具之收據，免徵印花稅。
二、保險人辦理本保險所收保險費、保險費滯納金、利息及因此所承受行政執行標的物

之收入，保險資金運用之收益、其他收入，免納營業稅及所得稅。

［立法理由］

一、條次變更。

二、配合本法條次變更，修正所引條次。

三、配合本法新增扣費義務人辦理扣取補充保險費之規定，爰將其辦理本保險所用之帳冊、契據納入第一款免徵印花稅範圍。

四、現行投保單位及保險對象所積欠之保險費及滯納金，係依行政執行法移送執行，爰配合修正第二款文字。

（101.10.30 修正）

第七十三條　（施行日）

Ⅰ　本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ　本細則修正條文，除中華民國一百零四年十二月十五日修正之第四十五條自一百零五年一月一日施行外，自發布日施行。

［立法理由］

依據立法院一百零五年十一月二日台立院議字第一〇五〇七〇五五〇六號函，應按立法院第九屆第一會期社會福利及衛生環境委員會一百零五年六月二十二日第三十三次全體委員會議所通過「更正施行細則第七十三條，將一百零四年十二月十五日發布之全民健康保險法施行細則第四十五條條文，更正為自一百零五年一月一日施行」之決議進行更正，爰配合修正本條第二項條文。

（105.12.23 修正）

增列第二項，明定本次修正條文之施行日期。

（104.12.15 修正）

一、條次變更。

二、按法制作業規定，全案修正時之末條，以新訂定法規方式辦理，爰修正第一項文字，並刪除現行條文第二項。

（101.10.30 修正）

# 全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法

中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012600179 號令訂定發布全文 12 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 103 年 7 月 21 日衛生福利部衛部保字第 1031260465 號令修正發布第 4、5、12 條條文；並自 103 年 9 月 1 日施行

中華民國 104 年 1 月 29 日衛生福利部衛部保字第 1041260066 號令修正發布第 4、5、12 條條文；並自自 104 年 1 月 1 日施行

中華民國 104 年 6 月 18 日衛生福利部衛部保字第 1041260416 號令修正發布第 4、9、10、12 條條文；並自 105 年 1 月 1 日施行

中華民國 104 年 12 月 2 日衛生福利部衛部保字第 1041260847 號令修正發布第 4、12 條條文；並自 105 年 1 月 1 日施行

中華民國 108 年 4 月 2 日衛生福利部衛部保字第 1081260125 號令修正發布第 3、7、9、12 條條文；並自 107 年 1 月 1 日施行

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第三十一條第三項規定訂定之。

第　二　條

本法第三十一條第一項所稱給付時，指實際給付、轉帳給付或匯撥給付之時。

第　三　條

Ⅰ　本法第三十一條第一項各款所稱所得及收入，規定如下：

一、獎金：符合所得稅法第十四條第一項第三類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。

二、薪資所得：指所得稅法第十四條第一項第三類所稱之薪資所得。

三、執行業務收入：指所得稅法第十四條第一項第二類所稱執行業務者之業務或演技收入。

四、股利所得：指所得稅法第十四條第一項第一類所稱公司股東所獲分配之股利。

五、利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。

六、租金收入：指所得稅法第十四條第一項第五類第一款所稱之租賃收入及第二款所稱之租賃所得。

Ⅱ　前項所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。如為股票或外國貨幣，其價格或兌換率依所得稅法相關規定辦理。

第　四　條

Ⅰ　扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣二萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第三十一條第一項第一款逾當月投

保金額四倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。

Ⅱ 有下列情形之一者，免依前項規定扣取補充保險費：

一、單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分。

二、以雇主或自營業主身分參加本保險期間，已計入投保金額計算之股利所得。

三、專門職業及技術人員自行執業者、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者之執行業務收入。

四、第二類被保險人之薪資所得。

五、第五類被保險人之各類所得。

六、未具投保資格或喪失投保資格者之各類所得。

七、非所屬投保單位給付且未達中央勞動主管機關公告基本工資之薪資所得。

八、對於中低收入戶成員、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者及符合本法第一百條所定之經濟困難者，單次給付未達中央勞動主管機關公告基本工資之執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入。

第　五　條

Ⅰ 符合本法第三十一條所定得免由扣費義務人扣取補充保險費之情形者，應於受領前，提具下列證明文件，始得免扣取。但已列入投保金額計算保險費之股利所得，由扣費義務人逕行認定：

一、專門職業及技術人員自行執業者及第二類被保險人：投保單位出具之證明資料。

二、第五類被保險人、中低收入戶成員：社政機關核定有效期限內之低收入戶、中低收入戶證明文件。

三、未具投保資格或喪失投保資格者：主動告知後，由扣費義務人向保險人確認。

四、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者：社政機關開立之審核資格核定函。

五、符合本法第一百條所定之經濟困難者：保險人出具有效期限內之經濟困難者證明文件。

Ⅱ 前項第一款、第二款、第四款及第五款免扣取補充保險費之身分證明，扣費義務人於必要時，得向保險人查詢確認，作為免扣取之依據。

Ⅲ 前二項扣費義務人向保險人查詢確認之資料，自查詢確認之日起二個月內有效。

第 六 條

Ⅰ 本法第三十一條第一項第一款所稱全年累計，指投保單位自當年一月一日起至當次給付被保險人獎金時之累計。

Ⅱ 投保單位給付被保險人獎金時，若該被保險人已離職，仍應就全年累計獎金逾其退保時投保金額四倍之部分，扣取補充保險費。

第　七　條

Ⅰ　公司於分配股票股利或現金股利時，應以其負責人為扣費義務人，依本法第三十一條規定扣取補充保險費。

Ⅱ　同一基準日分配之股利，為同一次給付，給付內容同時含有股票股利及現金股利者，扣費義務人應於撥付現金股利時，從中一併扣取當次給付所有應扣取之補充保險費。

Ⅲ　無現金股利或現金股利不足以扣取時，扣費義務人應通知保險對象，由保險人於次年收取。

Ⅳ　前項應補繳之金額扣費義務人應於次年一月三十一日前，依規定之格式造冊，彙送保險人辦理收取之作業。

Ⅴ　依本法第三十一條規定應扣取之補充保險費，如於給付時保險對象無現金或現金不足以扣取，依前二項規定辦理。

第　八　條

信託財產之股利、利息或租金收入，應以信託財產受託人為扣費義務人，於計算或分配時，依本法第三十一條規定扣取補充保險費，並得統一於次年一月三十一日前向保險人繳納。但扣費義務人如有特殊情形，得洽保險人申請寬限至次年二月十五日繳納。

第　九　條

Ⅰ　扣費義務人扣取補充保險費，應按年度通知保險對象。但扣費義務人已依第十條規定填報扣費明細彙報保險人者，得免通知保險對象。

Ⅱ 保險對象得向扣費義務人索取扣費證明或自扣費之次年四月一日起，向保險人索取繳費證明。

Ⅲ 扣費義務人對於補充保險費，如有溢扣，應予退還。如有少扣，應予補足，並得於事後向保險對象追償。但依據第五條向保險人查詢確認資料，致有少扣，或經稅務機關更正所得類別而需繳納補充保險費者，或其他不可歸責事由致未扣、少扣補充保險費者，免予補足、追償，並得由保險人逕向保險對象收取。

Ⅳ 保險對象應被扣取之補充保險費，如有少扣，應予補繳。如有溢扣，得於扣取日次月起六個月內向扣費義務人申請退還，逾期得改向保險人申請退還。但補充保險費之扣費義務人，繳納補充保險費時，一併填報扣費明細，並以電子媒體方式彙送保險人者，保險對象得逕向保險人申請退還。

Ⅴ 依第七條第三項及第五項規定應補繳者，如其單次金額未達新臺幣一百元，得免補繳。

Ⅵ 扣費義務人退還給保險對象之溢扣款，如為已繳納給保險人之款項，得向保險人申請退還或就其應扣繳之補充保險費扣留抵充。

第 十 條

Ⅰ 扣費義務人，每年一月三十一日前，將上一年度向保險對象扣取之補充保險費金額，填報扣費明細彙報保險人。每年一月遇連續三日以上國定假日者，扣費明細彙報期間延長至二月五日止。但營利事業有解散、廢止、合併或轉讓，或機關、團體裁撤、變更時，扣費義務人應隨

時就已扣繳保險費金額，於十日內向保險人填報扣費明細。

Ⅱ 信託財產之扣費義務人如有特殊情形，得洽保險人申請扣費明細彙報期間延長至二月十五日。

Ⅲ 補充保險費之扣費義務人，於繳納補充保險費時，一併填報扣費明細，並以電子媒體方式彙送保險人者，得免於每年一月三十一日前再向保險人彙報。

Ⅳ 扣費義務人填報之扣費明細，應將受領給付者姓名、住址、國民身分證統一編號（或居留證號）、給付日期、給付所得類別、給付金額、扣費額等，依規定格式詳實填列。

Ⅴ 保險人處理保險對象申請補充保險費溢繳之核退事件，保險人得通知扣費義務人於十日內就已扣取之保險費金額填報扣費明細送保險人查核。

第 十一 條

扣費義務人應向保險人繳納之補充保險費，由保險人委託代收本法第十八條及第二十三條所定保險費之機構代為收取，其受託之金融機構並得轉委託其他機構辦理。

第 十二 條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法中華民國一百零三年七月二十一日修正發布之條文，自一百零三年九月一日施行。

Ⅲ 本辦法中華民國一百零四年一月二十九日修正發布之條文，自一百零四年一月一日施行。

Ⅳ　本辦法中華民國一百零四年六月十八日及一百零四年十二月二日修正發布之條文，自一百零五年一月一日施行。

Ⅴ　本辦法中華民國一百零八年四月二日修正發布之條文，自一百零七年一月一日施行。

# 全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法

中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660262 號令訂定發布全文 17 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 105 年 5 月 17 日衛生福利部衛部保字第 1051260303 號令修正發布第 2～4、8、11、15、17 條條文及第 10 條附表二；增訂第 4-1 條條文；並自發布日施行

中華民國 107 年 5 月 18 日衛生福利部衛部保字第 1071260237 號令修正發布第 4、4-1 條條文

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第十六條第二項規定訂定之。

第　二　條

全民健康保險保險憑證（以下稱健保卡）供保險對象於保險醫事服務機構作醫療使用、申辦保險人提供之服務或保險人與其他政府機關（構）合作之網路服務使用。但不得存放非供醫療使用目的及與保險對象接受本保險醫療服務無關之內容。

第　三　條

I　保險對象於首次符合本法投保資格之規定，並完成申報投保手續之日起，應向保險人申請製發健保卡。

Ⅱ　保險對象有健保卡毀損、遺失、變更相片或身分資料之情形時，應向保險人申請換發、補發。

Ⅲ　保險人得委由相關機構或經由政府機關（構）協助等方式，代收前二項之申請資料。

Ⅳ　第一項及第二項之健保卡申辦方式，保險人應公布於其全球資訊網站，並得以其他適當之方法廣泛周知。

第　四　條

Ⅰ　保險對象申請製發、換發或補發健保卡，應檢附身分證明文件及足資辨識為其本人相貌之相片，供保險人、代收機關(構)查驗核對。但有下列情形之一者，得免繳交相片：

一、保險對象同意使用保險人建檔日起二年內，且足資辨識其人貌之檔存相片。

二、保險對象同意使用跨機關查調，且足資辨識其人貌之檔存相片。

三、保險對象為新生嬰兒或有難以提供相片之特殊情形，經保險人許可得申請無相片健保卡。

Ⅱ　經由網際網路提出前項申請者，應使用各目的事業主管機關核發之個人憑證、單位憑證或具有身分查驗功能之載具，登入申辦健保卡之入口網站。

Ⅲ　第一項身分證明文件，指下列文件之一：

一、國民身分證；十四歲以下未申領國民身分證者，得以戶口名簿代之。

二、中華民國護照。

三、中華民國汽（機）車駕駛執照。

四、符合本法施行細則規定之居留證明文件。

五、其他由政府機關（構）核發，且有相片、姓名、出生年月日及身分證統一編號足資辨識其身分之證件。

Ⅳ 由政府機關（構）收容、安置或介入協助之保險對象，得由該政府機關（構）出具公文書代為申辦健保卡。

第四條之一

Ⅰ 保險人應將保險對象繳交之相片以數位方式存檔，並以覆寫方式更新保留最末一筆資料。

Ⅱ 前項保險人持有之檔存相片，僅供保險對象申請換發或補發健保卡使用。

第　五　條

保險對象向保險人申請健保卡時，應依規定繳交工本費。但有下列情形之一者，免收費用：

一、申請首張健保卡。

二、健保卡之基本資料，因保險人印製錯誤，或非人為造成卡體與晶片之彎折、刮壓裂痕、凹凸變形、晶片脫落、變色或磨損，致無法使用。

第　六　條

健保卡得存取資料內容，包括基本資料、健保資料、醫療專區資料及衛生行政專區資料，各存放區資料欄位如附表一。

第　七　條

保險對象得設定健保卡密碼，限制讀取其本人之健保資料、醫療專區資料及衛生行政專區資料。

第　八　條

Ⅰ　保險人應於其各分區業務組、聯絡辦公室及各鄉（鎮、市、區）公所據點，設置讀卡設備，提供保險對象查詢、更新健保卡所存放之資料及設定、變更健保卡密碼。

Ⅱ　保險對象忘記前項密碼，向保險人申請重新設定，應提出身分證明。保險人於確認身分無誤後，應予協助處理。

第　九　條

保險醫事服務機構應於提供保險對象診療服務後或補驗健保卡時，將當次之就醫紀錄登錄於該保險對象健保卡內。但符合附表一備註三規定情形者，不在此限。

第　十　條

Ⅰ　保險醫事服務機構將保險對象之就醫紀錄登錄於健保卡後，應於二十四小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人備查。但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

Ⅱ　前項應上傳之就醫紀錄內容如附表二。

第　十一　條

保險醫事服務機構提供保險對象之診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放、上傳之就醫紀錄或保險醫事服務機構提供之保險對象就醫結果紀錄及醫療費用資料。但經保險對象設定密碼限制讀取資料者，不在此限。

第 十二 條

Ⅰ 健保卡內應含六次就醫可用次數，並以保險對象次年生日為其使用期限。

Ⅱ 保險對象可於每年生日之前一個月內，至保險人所設置之讀卡設備地點更新可用次數；或於該期間就醫時，由就醫之保險醫事服務機構主動協助將其卡片更新。

第 十三 條

Ⅰ 保險對象之健保卡有下列情形之一者，應於保險醫事服務機構或保險人所設置之讀卡設備更新：

一、健保卡之使用期間屆滿或就醫可用次數用畢。

二、取得或喪失低收入戶成員、榮民或榮民遺眷之家戶代表資格。

三、經保險人通知，取得、撤銷或廢止重大傷病證明。

四、器官捐贈、安寧緩和醫療之註記及變更。

五、其他就醫需要之註記。

Ⅱ 保險人對保險對象提供就醫之輔導時，得請保險對象於指定之地點更新就醫可用次數。

第 十四 條

Ⅰ 保險對象取得換領之新卡時，原健保卡即予註銷，無法再行使用。

Ⅱ 保險對象依本法第十三條規定應予以退保者，其所持有之健保卡不得再使用。退保原因消失，依法重新投保，並按前條規定更新健保卡就醫可用次數後，得繼續使用。

第 十五 條

保險人對保險醫事服務機構登錄及上傳之資料，得為下列目的之運用：

一、保險對象就醫或醫師診療行為之管理及稽核。

二、高就診次數保險對象之即時輔導。

三、保險對象用藥之管理。

四、配合相關防疫及衛生政策之運用。

第 十六 條

保險人對保險醫事服務機構上傳之資料，應採取下列措施：

一、儲存、運用該資料之資訊系統，應建置嚴格之資訊安全機制，明定標準作業程序，並落實執行。

二、健保資訊網之線路，應建立可確保資訊傳送品質、安全及效率之監控管理機制。

三、原始上傳資料及經內部處理後之資料，有適當保護機制，避免未經授權人員接觸資料；內部人員接觸及使用資料時，應經授權。

第 十七 條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，自發布日施行。

## 附表一 健保卡得存取資料內容

| 基本資料 | 健保資料 | 醫療專區資料 | 衛生行政專區資料 |
|---|---|---|---|
| 1. 卡片號碼 | 1. 保險人代碼 | ★◎1. 門診處方箋 | ◎1. 預防接種資料 |
| 2. 姓名 | 2. 保險對象身分註記 | ★◎2. 長期處方箋 | 2. 同意器官捐贈註記 |
| 3. 身分證明文件號碼 | 3. 卡片有效期限 | ★◎3. 重要處方項目 | 3. 同意安寧緩和醫療註記 |
| 4. 出生年、月、日 | ★4. 重大傷病註記 | ★◎4. 過敏藥物 | |
| 5. 性別 | 5. 就醫可用次數 | | |
| 6. 發卡日期 | 6. 最近一次就醫序號 | | |
| 7. 照片 | ◎7. 新生兒依附註記 | | |
| 8. 卡片註銷註記 | ◎8. 就醫類別 | | |
| | ◎9. 新生兒就醫註記 | | |
| | ◎10. 就診日期時間 | | |
| | ◎11. 補卡註記 | | |
| | ◎12. 就醫序號 | | |
| | ◎13. 保險醫事服務機構代碼 | | |
| | ★◎14. 主、次診斷碼 | | |
| | ◎15. 就醫醫療費用紀錄 | | |
| | 16. 就醫累計資料 | | |
| | 17. 醫療費用總累計 | | |
| | 18. 個人保險費 | | |
| | ◎19. 保健服務紀錄 | | |
| | ◎20. 緊急聯絡電話 | | |
| | ◎21. 孕婦產前檢查 | | |
| | ★22. 其他就醫需要之註記 | | |

備註：

一、基本資料第1、2、3、4、7項，顯示於健保卡之卡面。

二、內容標示◎者，為保險醫事服務機構登錄之就醫紀錄，無標示者，為保險人登錄之資料；標示★者，為保險醫事服務機構需使用醫事人員卡讀取之就醫紀錄，保險對象於保險人各分區業務組、聯絡辦公室之讀卡設備得讀取表列所有內容。

三、保險對象因罹患精神疾病、人類免疫缺乏病毒感染、受性侵害所造成之傷病就醫，得依病人要求，不予登錄就醫紀錄。

## 附表二　保險醫事服務機構應上傳之就醫紀錄內容

| 基本資料 | 健保資料 | 醫療專區資料 | 衛生行政專區資料 |
|---|---|---|---|
| 1. 卡片號碼<br>2. 身分證明文件號碼<br>3. 出生年、月、日 | 1. 新生兒依附註記<br>2. 就醫類別<br>3. 新生兒就醫註記<br>4. 就診日期時間<br>5. 補卡註記<br>6. 就醫序號<br>7. 保險醫事服務機構代碼<br>8. 醫事人員身分證明文件號碼<br>9. 安全簽章<br>10. 主、次診斷碼<br>11. 當次就醫醫療費用紀錄<br>12. 保險人為突發情事需追蹤管理之就醫相關資料 | 1. 門診處方箋<br>2. 重要處方項目<br>3. 處方簽章<br>4. 過敏原或過敏藥物 | 1. 預防接種資料 |

# 全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法

中華民國 92 年 9 月 10 日中央健康保險局健保承字第 0920010969 號令訂定發布全文 12 條，並自發布日施行；中華民國 92 年 9 月 2 日行政院衛生署衛署健保字第 092004785 號函核定

中華民國 96 年 5 月 4 日中央健康保險局健保承字第 0960050215 號令修正發布全文 14 條；並自發布日施行

中華民國 98 年 11 月 30 日中央健康保險局健保承字第 0980090288 號令修正發布第 8、9 條條文；中華民國 98 年 11 月 5 日行政院衛生署衛署健保字第 0980085758 號函核定

中華民國 99 年 8 月 2 日行政院衛生署中央健康保險局健保承字第 0990070370 號令修正發布第 4、5 條條文；中華民國 100 年 12 月 16 日行政院院臺規字第 1000109431 號公告第 12 條第 2 款所列屬「行政執行處」之權責事項，自 101 年 1 月 1 日起改由「行政執行分署」管轄

中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012600167 號令修正發布第 1、10、11、14 條條文；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 104 年 11 月 13 日衛生福利部衛部保字第 1041260788 號令修正發布全文 14 條；並自發布日施行

中華民國 106 年 10 月 5 日衛生福利部衛部保字第 1060128703 號令修正發布第 12 條條文

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第三十六條第二項規定訂定之。

第　二　條

無力一次繳納所積欠之全民健康保險保險費及滯納金（以下稱欠費）之投保單位或保險對象，向保險人申請分期繳納者，其應遵行之事項，依本辦法之規定。本辦法未規定者，依其他相關法令之規定。

第　三　條

投保單位或保險對象申請分期繳納時，應就尚未繳納之保險費及依法應加徵之滯納金，一併辦理。

第　四　條

申請分期繳納欠費，以符合下列情形之一者為限：

一、 投保單位欠費總額達新臺幣三萬元以上。

二、 保險對象欠費總額達新臺幣二千元以上。

第　五　條

Ⅰ　分期繳納之期數，依下列標準為之，且投保單位每期繳納金額不得低於新臺幣三千元，保險對象每期繳納金額不得低於保險人公告之全體保險對象平均保險費之百分之六十：

一、投保單位欠費：

（一）金額未滿新臺幣二十萬元者，得分二至十二期繳納。

（二）金額新臺幣二十萬元以上，未滿五十萬元者，得分二至二十四期繳納。

（三）金額新臺幣五十萬元以上，未滿五百萬元者，得分二至三十六期繳納。

(四)金額新臺幣五百萬元以上者，得分二至四十八期繳納。

二、保險對象欠費：

(一)金額未滿新臺幣五萬元者，得分二至十二期繳納。

(二)金額新臺幣五萬元以上，未滿十萬元者，得分二至二十四期繳納。

(三)金額新臺幣十萬元以上，未滿二十萬元者，得分二至三十六期繳納。

(四)金額新臺幣二十萬元以上者，得分二至四十八期繳納。

Ⅱ 前項所稱之分期，每期不得超過一個月。

第 六 條

欠費經保險人依法移送行政執行者，其申請分期繳納，應先經行政執行機關同意。

第 七 條

欠費分期繳納之期限不得逾行政程序法第一百三十一條規定之請求權時效。

第 八 條

Ⅰ 投保單位申請分期繳納欠費，應填具分期繳納申請書，並檢具下列文件向保險人提出申請：

一、本單位之圖記或印信。

二、負責人之印章及身分證明文件。非由負責人親自辦理時，須另檢具受託人之身分證明文件、印章。

Ⅱ 申請時應以現金或即期支票繳清第一期之款項，並應依分期繳納期日及繳納金額預開支票，

每期以一張為限，無支票而以現金申請分期繳納者，應於分期繳納申請書切結。

Ⅲ 投保單位因故請求更換前項預開之支票時，保險人得同意其以一票換一票之方式辦理，但各期支票更換次數均以二次為限，且更換後之支票到期日，不得逾原支票到期日三十日。

第 九 條

Ⅰ 保險對象申請分期繳納欠費，應填具分期繳納申請書，並檢具印章及身分證明文件向保險人提出申請。非本人親自辦理時，須另檢具委託書及受託人之身分證明文件、印章。

Ⅱ 申請時應繳清第一期之款項，並應依保險人交付之繳款單所載期限，逐期繳納其餘款項。

第 十 條

投保單位或保險對象因欠費，經保險人依本法第三十七條第一項規定，暫行停止保險給付及核發保險憑證者，於辦妥分期繳納手續後，應恢復其原有之權益。

第 十一 條

Ⅰ 辦理分期之投保單位或保險對象，如有一期未按時繳納，視同全部到期，保險人得依法移送行政執行，並得為以下之處置：

一、 停止保險給付。

二、 停止核發保險憑證。

三、 停止其更新保險憑證晶片內所載就醫可用次數。

Ⅱ 前項違反分期繳納之投保單位或保險對象，再次申請分期時，應連同其他欠費一併辦理，但僅以一次為限。且每期繳納金額不得低於前次分期平均一期繳納金額。

第 十二 條

申請分期繳納之投保單位或保險對象，符合以下情形之一者，其欠費總額、分期期數及分期次數之限制，不適用第四條、第五條、前條第二項之規定，但分期期數仍不得超過四十八期：

一、保險對象經有關機關核准補助其應自付之保險費。

二、欠費經保險人依法移送行政執行，並經行政執行機關同意分期償還。

三、投保單位情況特殊，得檢具有關機關核准停業、歇業、解散、破產證明或營利事業所得稅結算申報書等證明文件，釋明其理由，經保險人專案核准。

四、保險對象情況特殊，保險人得依據查詢之年度綜合所得總額未達最近年度個人免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額總和，專案核准。

第 十三 條

Ⅰ 投保單位或保險對象分期繳納，應依下列順序清償：

一、已移送執行之欠費。

二、尚未移送執行之保險費。

三、尚未移送執行之滯納金。

Ⅱ　保險人對前項投保單位或保險對象如另有應支付之款項時，對於其尚未繳納之欠費，得予抵扣。

第　十四　條

本辦法自發布日施行。

# 全民健康保險經濟困難認定標準

中華民國 92 年 7 月 10 日行政院衛生署衛署健保字第 0922600162 號令訂定發布全文 7 條；並自發布日施行
中華民國 97 年 12 月 8 日行政院衛生署衛署健保字第 0972600495 號令修正發布第 2、3 條條文
中華民國 99 年 7 月 28 日行政院衛生署衛署健保字第 0992600211 號令修正發布第 2、3 條條文；增訂第 3-1 條條文
中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660251 號令修正發布名稱及全文 7 條；並自 102 年 1 月 1 日施行 ( 原名稱：全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法 )
中華民國 103 年 6 月 19 日衛生福利部衛部保字第 1031260415 號令修正發布第 2、7 條條文；並自發布日施行

第　一　條

本標準依全民健康保險法（以下簡稱本法）第一百條規定訂定之。

第　二　條

有下列各款情事之一者，認定其家庭成員為本法第九十八條及第九十九條所定之經濟困難：

一、經依社會救助法認定為中低收入戶，且取得戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所出具之證明。

二、主要負擔家計者，具有下列情形之一，且對積欠之保險費無清償能力：

(一)死亡未滿二年,依戶籍之除戶資料證明。

(二)行蹤不明列報有案未滿二年,經向警察機關報案且取得未經銷案達六個月以上證明。

(三)持有社政主管機關核發之身心障礙手冊或身心障礙證明,依尚在效期內之身心障礙手冊影本或身心障礙證明影本證明。

(四)罹患重大傷病或患病須長期療養不能工作,依最近一個月醫療機構開立之證明文件,足以證明。

(五)懷胎六個月以上或分娩二個月以內,依最近一個月醫療機構開立之證明文件,或子女之出生證明,或其戶籍資料,足以證明。

(六)入營服役或服替代役,役期尚有六個月以上,依兵役單位或服役單位開立之證明文件,足以證明。

(七)在監所服刑,刑期尚有六個月以上,依監所服刑通知書或服刑監所開立之證明文件,足以證明。

(八)於申請時失業達六個月以上,依前一工作單位之離職證明書、相關機關之停歇業證明,或向公立就業輔導機構填寫之求職登記表影本等相關證明文件,足以證明。

三、家庭成員具有下列情形之一,且對積欠之保險費無清償能力:

(一)配偶或共同生活之血親，罹患重大傷病，需人照顧，依最近一個月醫療機構開立之證明文件，足以證明者。

(二)單親，須獨自扶養未成年之子女，依戶籍資料、訴狀及司法機關收受之證明文件、法院判決書影本、保護令影本、警察處理家暴事件調查表影本、警察局報案單影本或立案之社會福利團體個案輔導資料，足以證明者。

(三)直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女，依戶籍資料，足以證明者。

第　三　條

Ⅰ　申請人有下列情形之一時，不視為前條所定對積欠之保險費無清償能力：

一、所有土地在二筆以上。但一筆房屋附著於多筆土地者，該土地以一筆計算之。

二、所有房屋在二筆以上。

三、最近年度之利息所得在新臺幣三千元以上。

四、符合全民健康保險法第十條所定第一類被保險人資格。但其就業期間不足六個月，或申報之投保金額低於投保金額分級表第五級者，不在此限。

五、本人綜合所得總額在最近年度個人免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額總和以上。

Ⅱ 申請人符合前項第一款或第二款情形時，其所有土地之公告現值與房屋之評定標準價格，合計價格不超過社會救助法第四條第一項對於家庭財產之不動產所公告當年度一定金額者，仍視為無清償能力。

第 四 條

經濟困難之認定及證明之核發，由戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為之。

第 五 條

Ⅰ 依第二條申請經濟困難之認定時，應填具申請書，並檢附全戶戶口名簿影本及相關證明文件，送交戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所辦理。

Ⅱ 家庭發生火災、天然災害及其他重大事故，致無力繳納保險費時，得檢具證明文件，送請保險人專案認定為經濟困難。

第 六 條

申請人之經濟狀況於認定之日起一年後仍未改善者，應依本標準規定重新申請認定。

第 七 條

Ⅰ 本標準自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本標準修正條文自發布日施行。

# 全民健康保險困基金申貸辦法

中華民國 91 年 10 月 25 日行政院衛生署衛署健保字第 0910072679 號令訂定發布全文 10 條；並自發布日施行
中華民國 92 年 1 月 9 日行政院衛生署衛署健保字第 0922600009 號令修正發布第 8 條條文
中華民國 92 年 7 月 10 日行政院衛生署衛署健保字第 0922600172 號令修正發布第 2、4、5、6、8 條條文
中華民國 98 年 12 月 16 日行政院衛生署衛署健保字第 0982660227 號令修正發布第 3、5 條條文
中華民國 99 年 8 月 5 日行政院衛生署衛署健保字第 0992600255 號令修正發布第 9 條條文
中華民國 101 年 11 月 1 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660260 號令修正發布名稱及全文 11 條；並自 102 年 1 月 1 日施行（原名稱：全民健康保險紓困基金貸款辦法）

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第九十九條第三項規定訂定之。

第　二　條

全民健康保險之保險對象，符合全民健康保險經濟困難認定標準規定情形者，得向全民健康保險紓困基金（以下簡稱本基金）申請無息貸款。

第　三　條

本基金之貸款業務，由保險人辦理。

第　四　條

Ⅰ　本基金提供申貸之項目如下：

一、未依本法所定繳納期限繳納之保險費。

二、依本法第五十條第一項規定，應向保險醫事服務機構繳納之應自行負擔之費用而尚未繳納部分（以下簡稱應自行負擔之費用）。

Ⅱ　申請之貸款未屆分期還款之始期或逾期未清償者，不得再辦理申貸。

第　五　條

申請人應填具全民健康保險紓困基金貸款申請書，並檢附下列文件，向保險人辦理：

一、全民健康保險經濟困難之證明文件。

二、申貸應自行負擔之費用者，應附保險醫事服務機構開立之繳費通知文件。

第　六　條

申請人於辦理申貸時，應對所有積欠保險人之保險費，一併辦理申貸。

第　七　條

申請人經保險人核准申貸之款項，應由本基金直接撥付保險人，以償付申請人積欠之費用。

第　八　條

Ⅰ　申請人應依下列規定償還貸款：

一、償還起始日：自申貸日起一年後開始清償，確定之清償日期以貸款申請書上所載為準。

二、償還金額：

（一）申請人除自願提前清償外，每期償還金額上限為申貸當時之個人保險費的兩倍，下限為申貸當時之個人保險費的一倍或得視申貸者經濟能力酌予調整。

（二）申請人於申貸當時屬於本法第十條第一項第五款所稱低收入戶成員，其每月償還金額，以本法第十條第一項第六款所稱第六類保險對象每月自付保險費一倍為上限，以基本工資自付三成計繳之保險費為下限。

三、償還方式：依保險人開立之繳款單至指定代收機構繳納。

Ⅱ 申請人欲提前清償者，得依與保險人約定之方式償還。

Ⅲ 申請人於九十二年六月六日本法修正施行後一年內，得向保險人申請延緩清償貸款或變更償還金額。申請延緩清償貸款者，保險人應每年查核其清償能力，於具備清償能力時，經保險人以書面通知繳納而不繳納者，依法移送強制執行。申請變更償還金額者，除自願提前清償外，變更後之每期償還金額，上限為申請變更當時之個人保險費的兩倍，下限為變更當時之個人保險費的一倍或得視申貸者經濟能力酌予調整。

第　九　條

申請人申貸之款項應依約定逐期償還，屆期未為清償者，視為全部貸款到期，保險人得依相關法律規定，向申請人請求償還，並依請求時之郵

政儲金一年期定期存款利率按日加計利息；加計之利息總金額，以至逾期未償還款之百分之五為限。

第　十　條

經濟困難之保險對象屬中低收入戶者，其應自付之保險費，依社會救助法第十九條第二項規定補助之。

第 十一 條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

# 全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法

中華民國 95 年 5 月 10 日行政院衛生署衛署健保字第 0952600116 號令訂定發布全文 15 條；並自發布日施行
中華民國 101 年 11 月 2 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660264 號令修正發布第 1～5、13、15 條條文；並自 102 年 1 月 1 日施行
中華民國 107 年 5 月 21 日衛生福利部衛部保字第 1071260240 號令修正發布名稱及第 1、2～5、15 條條文、增訂第 1-1 條條文；並自發布日施行
（原名稱：全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法；新名稱：全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法）
中華民國 108 年 10 月 1 日衛生福利部衛部保字第 1081260372 號令修正發布第 6 條條文

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第九十五條第三項規定訂定之。

第一條之一

本法第九十五條第二項第一款所稱公共安全事故，指依法規應強制投保責任保險之場所或行業發生之責任保險事故。

第　二　條

本法第九十五條第二項第二款所稱交通事故，指下列情形之一：

一、不適用強制汽車責任保險法之車輛，行駛於道路上所發生之事故。
二、鐵路、高速鐵路或捷運系統因行車所發生之事故。
三、船舶航行於海上、水面或水中所發生之事故。
四、航空器因執行飛航任務所發生之事故。

第　三　條

Ⅰ　本法第九十五條第二項第二款所稱公害，指因人為因素，破壞生存環境，致對國民健康所造成之危害。

Ⅱ　前項公害之範圍，包括水污染、空氣污染、土壤污染、噪音、振動、惡臭、廢棄物、毒性物質污染、地盤下陷、輻射公害及其他經中央主管機關指定公告為公害者。

第　四　條

本法第九十五條第二項第二款所定食品中毒事件，應自二人以上攝取相同食品而發生相似症狀，且從可疑之食餘檢體，及病人之糞便、嘔吐物、血液或其他檢體，或有關環境檢體中，分離出相同類型之致病原因予以認定。

第　五　條

Ⅰ　因同一公共安全事故，經全民健康保險（以下稱本保險）給付醫療費用總額在新臺幣五萬元以上者，保險人得代位求償。

Ⅱ 因同一重大交通事故、公害或食品中毒事件，經本保險給付醫療費用總額在新臺幣十萬元以上者，保險人得代位求償。

Ⅲ 前二項總額，以本保險提供該保險給付之日起三十日內之給付費用總額，為計算基準。

第 六 條

保險人依本辦法辦理代位求償，其範圍以本保險提供該保險給付之日起，三十日內給付費用總額為限。

第 七 條

保險人依本辦法辦理求償業務，得向應負損害賠償責任之第三人（以下簡稱第三人）查證其有無投保責任保險，該第三人不得規避、拒絕、妨礙或為虛偽之陳述。

第 八 條

保險人依本辦法辦理求償業務，得洽相關主管機關及責任保險人提供重大事件之通知及專業諮詢等協助。

第 九 條

Ⅰ 保險人於獲悉有符合第五條規定之情事時，應於獲悉之次日起三十日內，以書面通知第三人及受害人。

Ⅱ 前項書面通知至少應含下列事項：

一、保險人蒐集之資料及其初步推定之結果。

二、第三人對其有無投保責任保險之告知義務。

三、保險人正式確認之期限。

Ⅲ 第三人於接獲通知後，應即將其有無投保責任保險，據實告知保險人；保險人於獲悉第三人已投保責任保險後，應即通知該責任保險人。

第 十 條

保險人對符合第五條規定之情事者，應於提供該保險給付之日起六個月內，就其是否求償，作成正式確認，並將結果以書面通知受害人與第三人或責任保險人。

第 十一 條

依前條確認結果，第三人或責任保險人須向保險人給付賠償金額者，第三人應於接獲前條正式確認通知書之日起三十日內給付之；責任保險人應於符合理賠要件之文件備齊後十五日內給付之。

第 十二 條

第三人或責任保險人未依前條規定給付，保險人得函催限期給付，逾期仍未給付者，得逕行依法訴追。

第 十三 條

本法第九十五條規定之求償權，不受第三人與本保險保險對象間達成和解之影響。

第 十四 條

Ⅰ 保險人向責任保險人請求之償付金額，以該責任保險之保險金額扣除應給付受害人部分後之餘額為限。

Ⅱ　前項責任保險應給付受害人部分，不包括本保險之醫療給付。

第　十五　條

本辦法自發布日施行。但中華民國一百零一年十一月二日修正發布之條文，自一百零二年一月一日施行。

# 全民健康保險醫療辦法

中華民國 84 年 2 月 24 日行政院衛生署（84）衛署健保字第 84004210 號令訂定發布全文 47 條

中華民國 84 年 6 月 5 日行政院衛生署（84）衛署健保字第 84028174 號令修正發布第 16、35 條條文

中華民國 89 年 12 月 30 日行政院衛生署（89）衛署健保字第 0890039917 號令修正發布全文 48 條；並自發布日起實施

中華民國 90 年 10 月 2 日行政院衛生署（90）衛署健保字第 0900060677 號令修正發布第 13、30、32 條條文；並增訂發布第 17-1 條條文

中華民國 91 年 8 月 22 日行政院衛生署衛署健保字第 0910051165 號令修正發布第 11、12 條條文

中華民國 95 年 8 月 2 日行政院衛生署衛署健保字第 0950031169 號令修正發布全文 43 條；並自發布日施行

中華民國 97 年 10 月 6 日行政院衛生署衛署健保字第 0972600390 號令修正發布第 5、10、39 條條文

中華民國 98 年 4 月 22 日行政院衛生署衛署健保字 0980067880 號令修正發布 18 條條文之附件一

中華民國 101 年 11 月 6 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660268 號令修正發布全文 28 條；並自 102 年 1 月 1 日施行，但第 6、7、10、24 條條文自發布日施行

中華民國 102 年 8 月 1 日衛生福利部衛部保字第 1022660188 號令修正發布第 8、28 條條文；並自發布日施行

中華民國 107 年 4 月 27 日衛生福利部衛部保字第 1071260203 號令修正發布全文 28 條；除第 7、10 條、第 14 條第 1、3 項及第 23 條條文自 107 年 6 月 1 日施行外，其餘條文自發布日施行

第　一　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　二　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　三　條

Ⅰ　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。

Ⅱ　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。

Ⅲ　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。

Ⅳ　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　四　條

Ⅰ　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。

Ⅱ 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 五 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 六 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 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。

Ⅲ 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　七　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　八　條

Ⅰ　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。

Ⅱ　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。

Ⅲ　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。

IV 同一療程最後治療日為例假日者，順延之。

第 九 條

I 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。

Ⅱ 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 十 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 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。

Ⅲ 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 十一 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 十二 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 十三 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 未經請假即離院者，視同自動出院。

第 十四 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 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。

Ⅲ 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 十五 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 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 十六 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 十七 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 十八 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 十九 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 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 二十 條

Ⅰ 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。

Ⅱ 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。

Ⅲ 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。

第二十一條

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。

第二十二條

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。

第二十三條

Ⅰ 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。

Ⅱ 前項期間遇有末日為例假日者，順延之。

第二十四條

Ⅰ　同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。

Ⅱ　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。

第二十五條

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。

第二十六條

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。

第二十七條

Ⅰ　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。

Ⅱ 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。

Ⅲ 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。

第二十八條

Ⅰ 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。

Ⅱ 本辦法除前項已另定施行日期者外，自發布日施行。

## 附表：全民健康保險慢性疾病範圍

| 疾病名稱（特定診療項目代號） | |
|---|---|
| 一 | 癌症（12） |
| 二 | 內分泌及代謝疾病<br>甲狀腺機能障礙（05）<br>糖尿病（01）<br>高血脂症（19）<br>威爾遜氏症（48）<br>痛風（07）<br>天皰瘡（30）<br>皮肌炎（31）<br>泌乳素過高症（43）<br>先天性代謝異常疾病（52）<br>腎上腺病變引發內分泌障礙（70）<br>腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）<br>性早熟（72）<br>副甲狀腺機能低下症（80）<br>性腺低能症（Hypogonadism）（93） |
| 三 | 精神疾病<br>精神病（47） |
| 四 | 神經系統疾病<br>腦瘤併發神經功能障礙（73）<br>巴金森氏症（16）<br>肌僵直萎縮症（49）<br>其他中樞神經系統變質及遺傳性<br>疾病（54）<br>多發性硬化症（55）<br>嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癡候群（56）<br>癲癇（15）<br>重症肌無力（51）<br>多發性周邊神經病變（74）<br>神經叢病變（75）<br>三叉神經病（76）<br>偏頭痛（77）<br>脊髓損傷（81） |
| 五 | 循環系統疾病<br>心臟病（11）<br>高血壓（02）<br>腦血管病變（14）<br>動脈粥樣硬化（57）<br>動脈拴塞及血拴症（58）<br>雷諾氏病（26）<br>川崎病併發心臟血管異常者（78） |

| 疾病名稱（特定診療項目代號） | |
|---|---|
| 六 | 呼吸系統疾病<br>慢性鼻竇炎（45）<br>慢性支氣管炎（10）<br>肺氣腫（20）<br>哮喘（06）<br>支氣管擴張症（22）<br>慢性阻塞性肺炎（21）<br>肺沈著症（59）<br>外因所致之肺疾病（60）<br>過敏性鼻炎（82） |
| 七 | 消化系統疾病<br>消化性潰瘍（08）<br>肝硬化（25）<br>慢性肝炎（03）<br>胃腸機能性障礙（含慢性胰臟炎、各種胃腸息肉症、急躁大腸症候群、胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症）(23)<br>慢性膽道炎（18） |
| 八 | 泌尿系統疾病<br>慢性腎臟炎（04）<br>腎臟感染（61） |
| 九 | 骨骼肌肉系統及結締組織之疾病<br>關節炎（09）<br>多發性肌炎（50）<br>骨質疏鬆症（27）<br>紅斑性狼瘡（24）<br>慢性骨髓炎（95）(須依 X 光片予以判定，如需服用抗生素，需有 CRP、ESR 檢查作為判定依據） |
| 十 | 眼及其附屬器官之疾病<br>青光眼（33）<br>乾眼症（34）<br>視網膜變性（35）<br>黃斑部變性（36）<br>葡萄膜炎（37）<br>玻璃體出血（38）<br>角膜變性（39） |
| 十一 | 傳染病<br>結核病（17）<br>甲癬（29） |
| 十二 | 先天畸形<br>先天性畸形疾病（62） |
| 十三 | 皮膚及皮下組織疾病<br>乾癬（28）<br>全身性濕疹（32） |

| 疾病名稱（特定診療項目代號） | |
|---|---|
| | 烏腳病（79）<br>白斑（83）<br>脂漏性皮膚炎（84）<br>類澱粉沉積症（限病灶超過體表面積百分之三十以上者）(85)<br>類天皰瘡（86）<br>皰疹性皮膚炎（87）<br>家族性良性慢性天皰瘡（88）<br>表皮分解性水皰症（89）<br>嚴重性魚鱗癬（含層狀魚鱗癬及魚鱗癬狀紅皮症）(90)<br>毛囊角化症（91）<br>進行性全身硬皮症（92）<br>慢性蕁麻疹（98）<br>異位性皮膚炎(99) |
| 十四 | 血液及造血器官疾病<br>慢性貧血（40）<br>紫斑症（41）<br>持續性血液凝固障礙（血友病）(63)<br>骨髓分化不良症候群（96）<br>Refractory Anemia<br>RARS<br>CMMOL<br>RAEB<br>RAEB-t<br>原發性血小板增生症（97） |
| 十五 | 耳及乳突之疾病<br>慢性中耳炎（46）<br>內耳前庭病變（44）<br>神經性耳鳴(AA) |
| 十六 | 其他<br>器官移植後藥物追蹤治療（13）<br>漢生病（64）<br>痔瘡（65）<br>攝護腺（前列腺）肥大（66）<br>子宮內膜異位症（42）<br>停經症候群（67）<br>尿失禁（68）<br>油症（多氯聯苯中毒）(69)<br>先天性免疫不全症（53）<br>慢性攝護腺炎（需經攝護腺按摩取攝護腺分泌液證實者）(94)<br>人類免疫缺乏病毒感染(AB) |

# 全民健康保險轉診實施辦法

中華民國 101 年 11 月 23 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660285 號令訂定發布全文 15 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 104 年 8 月 14 日衛生福利部衛部保字第 1041260558 號令修正發布第 15 條條文及第 7 條附表二；並自發布日施行

中華民國 106 年 4 月 13 日衛生福利部衛部保字第 1061260160 號令修正發布第 3、5、6、7、10、11、14 條條文

中華民國 107 年 4 月 27 日衛生福利部衛部保字第 1071260206 號令修正發布第 3、10 條條文及第 4 條附表一、第 7 條附表二

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十三條第四項規定訂定之。

第　二　條

全民健康保險（以下稱本保險）特約醫院、診所辦理保險對象轉診，依本辦法之規定。

第　三　條

Ⅰ 特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。

Ⅱ 前項轉診，指保險對象接受特約醫院、診所安排轉至其他適當之各級特約醫院、診所，繼續接受診治，或於矯正機關、本保險山地離島地區及醫療資源不足地區，接受本保險之計畫或方案所提供定點或巡迴醫療服務，經安排轉回提供該服務之特約醫院、診所繼續接受診治之行為。

Ⅲ 前項轉診，不受醫療機構類別或層級別之限制。

Ⅳ 保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所應建議轉回原診治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第　四　條

Ⅰ 特約醫院、診所基於診療需要，得交付轉檢單（如附表一），供保險對象至指定之特約醫院、診所、醫事檢驗機構、醫事放射機構接受檢查（驗）服務。

Ⅱ 前項檢查（驗）服務項目，應以原診治之醫院、診所，依其層級所得實施者為限。

第　五　條

Ⅰ 特約醫院、診所應與其他特約醫院、診所建立雙向轉診作業機制。

Ⅱ 特約醫院、診所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。

第　六　條

Ⅰ 特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。

Ⅱ 前項轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。

Ⅲ 保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限。

Ⅳ 保險對象因不可歸責之因素，無法依轉診單所載日期就醫者，得逕洽接受轉診之特約醫院、診所辦理，另行安排就醫日期。

第　七　條

Ⅰ 前條之轉診單，其內容應包括下列事項，並經開立之醫師簽章(如附表二)。

一、保險對象基本資料。

二、病歷摘要或處置情形。

三、轉診目的。

四、開立日期及有效期限。

五、建議轉至之特約醫院、診所名稱、地址、電話及診療科別。

Ⅱ 採用電子轉診單者，特約醫院、診所應將電子轉診單傳輸至接受轉診之特約醫院、診所，並視保險對象需要，列印一份送交保險對象，由其交付予接受轉診之特約醫院、診所併入病歷留存。

Ⅲ 第一項之轉診單，特約醫院、診所宜使用保險人建立之電子轉診平台傳送。

第　八　條

特約醫院、診所對於需轉診之保險對象，應將轉診就醫類別註記於其健保卡，並傳輸至保險人。

第　九　條

接受轉診之特約醫院、診所，應依全民健康保險醫療辦法規定，查驗保險對象身分及轉診單。

第　十　條

Ⅰ 接受轉診之特約醫院、診所，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診治處置情形，及後續診治疾病之相關檢查及處置結果，回復原診治之特約醫院、診所。

Ⅱ 保險對象轉診後，接受住院診治者，接受轉診之特約醫院應於其出院後，將出院之病歷摘要，回復原診治之特約醫院、診所。因病情需要，需繼續治療、追蹤治療者，應一併告知。

Ⅲ 前二項規定於特約醫院、診所接受同機構安排轉回繼續診治保險對象之轉診，不適用之。

第 十一 條

Ⅰ 保險對象具有下列情形之一，視同轉診，但無需持轉診單：

一、門診、急診手術後之首次回診。

二、前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。

三、分娩出院後六星期內之首次回診。

四、前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。

五、於無特約診所之鄉（鎮、市、區），逕赴該鄉（鎮、市、區）之特約醫院就醫。

Ⅱ 前項第一款到第四款回診，以返回接受轉診之特約醫院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。

第 十二 條

特約醫院、診所依本辦法辦理之轉診，對於保險對象應自行負擔之門診醫療費用，應依本法第四十三條第一項至第三項規定計收。

第 十三 條

非本保險特約醫院、診所開立之轉診單，不適用本辦法之規定。

第 十四 條

特約醫院、診所依本辦法辦理轉診，有需改善之情事者，保險人應通知限期改善；屆期未改善，應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，予以違約記點。

第 十五 條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，自發布日施行。

附表一

## 全民健康保險　　院（所）轉檢單（轉檢至　　院所）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保險對象基本資料 | 姓名 | | 出生日期 | 民國（前）　年　月　日 | |
| | | | 身分證號 | | |
| | 過敏史 | | | | |
| | 初步診斷 | | | | |
| 原診療院所 | 代號 | | 地址 | | |
| | 名稱 | | | | |
| | 醫師姓名 | 醫師簽章 | 聯絡電話 | 傳真號碼 | |
| | 開單日期 | 民國（前）　年　月　日 | 有效期限 | 民國（前）　年　月　日 | |
| 檢查項目代號 | | 檢查項目名稱 | | | |
| | | | | | |
| 指定保險對象接受轉檢醫事服務機構名稱 | | 地　　址 | 聯絡人 | 聯絡電話 | |
| | | | | | |
| 檢查結果：（以下由接受轉檢特約醫事服務機構紀錄） | | | | | |
| | | | | | |

執行檢查醫事人員簽章：_____

檢查日期：　年　月　日　　報告日期：　年　月　日

第一聯：接受轉檢醫事服務機構留存　第二聯：接受轉檢醫事服務機構回覆原診療院所　第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次

附表二

**全民健康保險　　院（所）轉診單（轉診至　　院所）**

保險醫事服務機構代號：

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 原診療醫院診所 | 保險對象基本資料 | 姓名 | | 出生日期 | | 身分證號 | |
| | | | | 民國（前）　年　月　日 | | | |
| | | 聯絡人 | 連絡電話 | 聯絡地址 | | | |
| | | | | | | | |
| | 病歷摘要 | A. 病情摘要（主訴及簡短病史）　　D. 藥物過敏史：<br>B. 診斷　　ICD-10-CM/PCS　　病名<br>1.（主診斷）<br>2.<br>3.<br>C. 檢查及治療摘要<br>1. 最近一次檢查結果　　2. 最近一次用藥或手術名稱<br>日期：　　日期：<br>報告： | | | | |
| | 轉診目的 | 1. ☐急診治療　　4. ☐進一步檢查，檢查項目<br>2. ☐住院治療　　5. ☐轉回轉出或適當之院所繼續追蹤<br>3. ☐門診治療　　6. ☐其他 | | | | | |
| | 院所住址 | | | | 傳真號碼：<br>電子信箱： | | |
| | 診治醫師 | 姓名 | | 科別 | | 聯絡電話 | | 醫師簽章 | |
| | 開立日期 | 年　月　日 | | 安排就醫日期 | | 年　月　日<br>科　診　號 | |
| | 建議轉至院所 | 名稱：（必填）　　科別：（必填）　　醫師：<br>地址：　　電話： | | | | | |
| | 有效期限：　年　月　日 | | | | | | |
| 接受轉診醫院診所 | 處理情形 | 1. ☐已予急診處置並轉診至　　醫院<br>2. ☐已予急診處置，並住本院　　病房治療中<br>3. ☐已安排住本院　　病房治療中<br>4. ☐已安排本院　　科門診治療中<br>5. ☐已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下<br>6. 其他 | | | | | |
| | 治療摘要 | 1. 主診斷　　2. 治療藥物或手術名稱　　3. 輔助診斷之檢查結果<br>ICD-10CM/PCS：<br>病名： | | | | | |
| | 院所名稱 | | | | 電話或傳真：<br>電子信箱： | | |
| | 診治醫師 | 姓名 | 科別 | 醫師簽章 | | 回覆日期 | 年　月　日 |

第二聯：接受轉診（轉入）醫院、診所回覆轉出醫院、診所
第一聯：接受轉診（轉入）醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，非屬本辦法第 7 條規定應包括之內容者，如無則填無

※特約醫院、診所執行本保險之計畫或方案提供定點或巡迴醫療服務，將保險對象轉回同機構繼續接受診治者，得免填復第二聯。

# 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法



中華民國 89 年 8 月 19 日行政院衛生署 ( 89 ) 衛署健保字第 0890012851 號令訂定發布全文 10 條；並自發布日起施行
中華民國 91 年 12 月 19 日行政院衛生署衛署健保字第 0910079053 號令修正發布全文 11 條；並自發布日施行
中華民國 100 年 3 月 25 日行政院衛生署衛署健保字第 1002660067 號令修正第 2 條條文及增訂附表
中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660255 號令修正發布全文 9 條；並自 102 年 1 月 1 日施行
中華民國 103 年 12 月 10 日衛生福利部衛部保字第 1031260853 號令修正發布第 9 條條文及第 2 條附表一至五、第 8 條附表六；並自發布日施行
中華民國 104 年 12 月 14 日衛生福利部衛部保字第 1041260872 號令修正發布第 5 條條文及第 2 條附表一、二
中華民國 107 年 8 月 10 日衛生福利部衛部保字第 1071260358 號令修正發布第 2 條附表一
中華民國 108 年 4 月 2 日衛生福利部衛部保字第 1081260105 號令修正發布第 2 條附表一

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十八條第二項規定訂定之。

第　二　條

Ⅰ 本法第四十八條所稱重大傷病，其項目及證明有效期限如附表一。

Ⅱ 保險對象經特約醫院、診所醫師診斷為重大傷病者，得檢具下列文件，由本人或委託他人、醫院、診所為代理人，向保險人申請重大傷病證明：

一、全民健康保險重大傷病證明申請書（如附表二）。

二、特約醫院、診所開立之診斷證明書（診斷病名欄，應加填國際疾病分類碼）及病歷摘要或檢查報告等相關佐證資料。診斷證明書自開立日起三十日內有效，逾期不予受理。

三、身分證明文件影本。

四、其屬慢性腎衰竭需定期透析治療或呼吸衰竭需長期使用呼吸器治療者，並應由特約醫院、診所加填全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療病人重大傷病證明申請附表或呼吸器依賴病人重大傷病證明申請附表(如附表三、附表四、附表五）。

Ⅲ 保險人審核前項文件需要補送相關資料時，得通知特約醫院、診所協助提供，並通知申請人。

Ⅳ 特約醫院、診所代辦申請重大傷病證明，得先行造冊後，以傳真、專人或網路送達方式向保險人提出申請，並於申請之日起一個月內補送第二項所列文件。

Ⅴ 附表一中註明由醫師逕行認定之重大傷病項目，免依第二項規定申請重大傷病證明。

第　三　條

Ⅰ 保險人應自收受前條申請文件之日起十四日內（不包括例假日），為重大傷病證明之核定，並將結果通知申請人或代理人。

Ⅱ 前項期間如需補充相關文件者，其補件時間得予扣除。

Ⅲ 重大傷病證明應註記於全民健康保險憑證。但其重大傷病項目為附表一第六項疾病時，由保險人發給書面證明。

第　四　條

Ⅰ 申請人對保險人之核定有異議時，得於保險人通知到達之日起三十日內，以書面申請複核，保險人應於收到申復複核文件之日起三十日內核定。

Ⅱ 申請人對保險人依前條第一項所為之核定，或依前項所為之重新核定仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定申請爭議審議。

Ⅲ 前項爭議審議案件經審定駁回者，應檢附新檢查、檢驗或病理切片等報告，始得重新申請重大傷病證明。

Ⅳ 第一項核定日期之計算，需保險醫事服務機構協助提供個案病歷或診療相關文件者，自文件送達保險人之日起算。

第　五　條

Ⅰ 重大傷病證明，以保險人受理之日為生效日。

Ⅱ 重大傷病證明有效期間屆滿，申請人得於下列期限內，依第二條規定重新申請：

一、有效期間為二年以上者：效期屆滿三個月前。

二、有效期間為一年或六個月者：效期屆滿一個月前。

三、有效期間為三個月以下者：效期屆滿十四日前。

Ⅲ 於前項期限內重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，其效期得予銜接。逾前項期限

始重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，以保險人受理申請之日為生效日。原疾病經重新審查結果，確認不符重大傷病規定者，不再發給重大傷病證明。

Ⅳ 書面重大傷病證明(包括核定通知書)於有效期限內有遺失、損毀或需要他用時，保險對象得填具申請書，連同身分證明文件，向保險人申請補發或加發。

Ⅴ 保險人查證已核發之重大傷病證明，有不符規定之情形者，應立即通知申請人，並撤銷或廢止重大傷病證明。

Ⅵ 保險對象經保險人核定取得重大傷病證明後，於該證明有效期限內，得以書面方式向保險人申請廢止。

第　六　條

Ⅰ 保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：

一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。

二、因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。

三、因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。

Ⅱ 保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之

當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。

Ⅲ 前項住院免自行負擔之期間，以自當次住院之第一日起算，至其重大傷病證明有效期間屆滿；同一疾病係由急診轉住院者，以急診第一日起算。

第　七　條

保險對象因分娩就醫者，免自行負擔費用。因分娩引起之合併症或生產後於當次住院中併行其他疾病之治療者，得免自行負擔費用。

第　八　條

Ⅰ 保險對象於山地離島地區醫院、診所門診、急診、住院或接受居家照護服務者，免自行負擔費用。

Ⅱ 前項山地離島地區之範圍如附表六。

第　九　條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，自發布日施行。

## 附表一、全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限

（105年1月1日起適用）

| ICD-10-CM/PCS碼<br>2014年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| | 一、需積極或長期治療之癌症。 | | |
| C73 | （一）甲狀腺惡性腫瘤 | Malignant neoplasm of thyroid gland | 三年 |
| C00.0-C06.9、C09.0-C10.9、C12-C14.8 | （二）口腔、口咽及下咽惡性腫瘤第一期 | Malignant neoplasm of oral cavity,oropharynx and hypopharynx stage I | 三年 |
| C50.011-C50.929 | （三）乳房惡性腫瘤第一期 | Malignant neoplasm of breast stage I | 三年 |
| C53.0-C53.9、C55 | （四）子宮頸惡性腫瘤第一期 | Malignant neoplasm of cervix uteri stage I | 三年 |
| C00.0-C96.9（不含C73、C94.4、C94.6） | （五）除（一）~（四）之其他惡性腫瘤 | other malignant neoplasm | 五年 |
| | 二、遺傳性凝血因子缺乏。 | | 永久 |
| D66 | （一）遺傳性第Ⅷ凝血因子缺乏症 | Hereditary factor VIII deficiency | |
| D67 | （二）遺傳性第Ⅸ凝血因子缺乏症 | Hereditary factor IX deficiency | |
| D68.1 | （三）遺傳性第XI凝血因子缺乏症 | Hereditary factor XI deficiency | |
| D68.2 | （四）其他遺傳性凝血因子缺乏症 | Hereditary deficiency of other clotting factors | |
| | 三、嚴重溶血性及再生不良性貧血〔血紅素未經治療，成人經常低於8gm/dl以下，新生兒經常低於12gm/dl以下者〕。 | | 五年 |
| D55.0-D58.9 | （一）遺傳性溶血性貧血 | Hereditary hemolytic anemias | |
| D59.0-D59.9 | （二）後天性溶血性貧血 | Acquired hemolytic anemias | |
| D46.4、D60.0-D60.9、D61.01-D61.9 | （三）再生不良性貧血 | Aplastic anemias | |
| | 四、慢性腎衰竭〔尿毒症〕，必須接受定期透析治療者。 | | 永久：申請時已確定需定期透析者<br>三個月：申請時尚無法確定需定期透析者 |
| N18.5、N18.6 | （一）慢性腎臟疾病 | Chronic kidney disease | |
| I12.0 | （二）高血壓性慢性腎臟病伴有第五期慢性腎病或末期腎病 | Hypertensive chronic kidney disease with stage 5 chronic kidney disease or end stage renal disease | |
| I13.11、I13.2 | （三）高血壓性心臟及慢性腎臟病伴有心臟衰竭及第五期慢性腎病或末期腎病(高血壓性心臟及慢性腎臟病未伴有心臟衰竭合併第五期慢性腎病或末期腎病) | Hypertensive heart and chronic kidney disease with heart failure and with stage 5 chronic kidney disease, or end stage renal disease (Hypertensive heart and chronic kidney disease without heart failure, with stage 5 chronic kidney disease, or end stage renal disease) | |
| | 五、需終身治療之全身性自體免疫症候群。 | | |
| M32.0-M32.9 | （一）全身性紅斑狼瘡 | Systemic lupus erythematosus (SLE) | 永久 |
| M34.0-M34.9 | （二）全身性硬化症 | Systemic sclerosis | 永久 |
| M05.70-M06.09、M06.20-M06.39、M06.80-M06.89、M06.9、M08.00-M08.99、M33.20-M33.29 | （三）類風濕關節炎〔符合1987美國風濕病學院修訂之診斷標準，含青年型類風濕關節炎〕 | Rheumatoid arthritis (Rheumatoid arthritis juvenile) | 永久 |
| M33.00-M33.19、M33.90-M33.99、M36.0 | （四）多發性肌炎<br>（五）皮多肌炎<br>（六）血管炎 | Polymyositis<br>Dermatopolymyositis<br>Vasculitis | 永久<br>永久<br>永久 |
| M30.0、M30.2、M30.8 | 1.結節狀多動脈炎 | Polyarteritis nodosa | |
| M31.0 | 2.過敏性血管炎 | Hypersensitivity angiitis | |
| M31.30、M31.31 | 3.韋格納氏肉芽腫 | Wegener's granulomatosis | |
| M31.5、M31.6 | 4.巨細胞動脈炎 | Giant cell arteritis | |

| ICD-10-CM/PCS 碼<br>2014 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| I73.1 | 5.血栓閉鎖性血管炎 | Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease) | |
| M31.4 | 6.主動脈弓症候群 | Aortic arch syndrome (Takayasu) | |
| M35.2 | 7.貝賽特氏病 | Behcet's disease | |
| L10.0-L10.9 | （七）天疱瘡 | Pemphigus | 永久 |
| M35.00-M35.09 | （八）乾燥症 | Sicca syndrome | 永久 |
| K50.00-K50.919 | （九）克隆氏症 | Crohn's disease | 永久 |
| K51.00-K51.919 | （十）慢性潰瘍性結腸炎 | Ulcerative colitis | 永久 |
| M30.3 | （十一）皮膚粘膜淋巴結綜合症(川崎病)符合下列任一項者:<br>1.伴隨冠狀動脈50%以上程度狹窄者或伴隨冠狀動脈瘤，大小超過8mm，持續超過1個月以上者<br>2.伴隨冠狀動脈瘤，大小6-8mm，持續超過1個月以上者 | Kawasaki disease | 五年<br>三年 |
| | 六、慢性精神病〔符合以下診斷，而病情已經慢性化者，除第（一）項外，限由精神科專科醫師所開具之診斷書並加註專科醫師證號〕 | | |
| F01.50、F01.51、F03.90、F03.91 | （一）失智症(具器質性病態)【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】 | Unspecified dementia | 永久 |
| F05 | （二）生理狀況所致之譫妄 | Delirium due to known physiological condition | 六個月（每六個月重新評估） |
| F02.80、F02.81、F06.0、F06.1、F06.8 | （三）其他生理狀況所致之其他精神疾患 | Other mental disorders due to known physiological condition | 二年：首次<br>永久：續發 |
| F20.0-F20.9、F25.0-F25.9 | （四）思覺失調症 | Schizophrenia | 永久 |
| F30.10-F30.13、F30.2-F30.9、F31.0-F31.9、F32.2-F32.9、F33.2-F33.9 | （五）情感性疾患 | Affective disorders | 二年：首次<br>永久：續發 |
| F22 | （六）妄想性疾患 | Delusional disorders | 二年：首次<br>永久：續發 |
| | （七）廣泛性發展疾患 | Pervasive developmental disorders | |
| F84.0 | 1.自閉性疾患 | Autistic disorder | 五年：首次<br>永久：續發 |
| F84.3 | 2.其他兒童期崩解疾患 | Other childhood disintegrative disorder | 五年：首次<br>永久：續發 |
| F84.5、F84.8 | 3.其他廣泛性發展疾患(含亞斯伯格症候群) | Other pervasive developmental disorders(Asperger's syndrome) | 五年：首次<br>永久：續發 |
| F84.9 | 4.未明示之廣泛性發展疾患 | Pervasive developmental disorder,unspecified | 三年：首次<br>五年：續發<br>五年：再發<br>永久：第四次以後 |
| | 七、先天性新陳代謝異常疾病〔G6PD代謝異常除外〕 | | 永久 |
| E00.0-E00.9、E03.0、E03.1 | （一）先天性缺碘症候群(含先天性甲狀腺低下) | Congenital iodine-deficiency syndrome(Congenital hypothyroidism) | |
| E10.10-E10.9 | （二）胰島素依賴型糖尿病 | Type 1 diabetes mellitus | |
| E23.2 | （三）尿崩症 | Diabetes insipidus | |
| E25.0-E25.9 | （四）腎上腺性生殖器疾患 | Adrenogenital disorders | |
| E70.0-E71.2、E72.00-E72.51、E72.59、E72.8、E72.9 | （五）氨基酸輸送與代謝之失調 | Disorders of amino-acid transport and metabolism | |

| ICD-10-CM/PCS 碼<br>2014 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| E74.00-E74.09 | （六）肝糖儲藏疾病 | Glycogen storage disease | |
| E74.20-E74.29 | （七）半乳糖血症 | Galactosemia | |
| E78.1 | （八）純高三酸甘油酯血症 | Pure hyperglyceridemia | |
| E88.1 | （九）脂質失養症 | Lipodystrophy | |
| E75.21-E75.22、E75.240-E75.249、E75.3、E77.0-E77.9 | （十）神經脂質代謝疾患 | Disorders of sphingolipid metabolism | |
| E75.6、E78.70、E78.9 | （十一）脂質代謝疾患 | Disorders of lipoid metabolism | |
| E83.00-E83.09 | （十二）銅代謝疾患 | Disorders of copper metabolism | |
| E20.1、E83.50-E83.59、E83.81 | （十三）鈣代謝疾患 | Disorders of calcium metabolism | |
| D81.3、D81.5、E79.1-E79.9 | （十四）嘌呤及嘧啶代謝疾患 | Disorders of purine and pyrimidine metabolism | |
| E76.01-E76.9 | （十五）葡萄糖胺聚合醣代謝疾患 | Disorders of glycosaminoglycan metabolism | |
| E71.310-E71.548、E80.3、E88.40-E88.89、H49.811-H49.819 | （十六）其他特定之新陳代謝疾患 | Other specified disorders of metabolism | |
| E88.9 | （十七）新陳代謝疾患 | Metabolic disorder, unspecified | |
| | 八、心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常 | | |
| Q00.0-Q00.2 | （一）無腦症及類似畸形 | Anencephaly and similar malformations | 永久 |
| G90.1、Q01.0-Q04.9、Q06.0-Q06.9、Q07.8、Q07.9 | （二）神經系統之其他先天性畸形 | Other congenital anomalies of nervous system | 三年 |
| Q20.0-Q24.9 | （三）先天性心球〔胚胎〕及心臟中隔閉合之畸形或心臟之其他先天性畸形 | Bulbus cordis anomalies and anomalies of cardiac septal closure or other congenital anomalies of heart | 三年 |
| Q25.0-Q28.9 | （四）循環系統之其他先天性畸形 | Other congenital anomalies of circulatory system | 三年 |
| Q33.0 | （五）先天性肺囊腫 | Congenital cystic lung | 永久 |
| Q33.3、Q33.6 | （六）肺缺乏症形成不全及形成異常 | Agenesis, hypoplasia and dysplasia of lung | 永久 |
| Q33.8、Q33.9 | （七）肺之其他畸形 | Other congenital malformations of lung | 永久 |
| Q41.0-Q45.9 | （八）消化系統之其他先天性畸形 | Other congenital anomalies of digestive system | 永久 |
| Q60.0-Q60.6 | （九）腎無發育及腎其他縮減缺陷 | Renal agenesis and other reduction defects of kidney | 永久 |
| Q61.00-Q61.9 | （十）腎囊腫性疾病 | Cystic kidney disease | 永久 |
| Q62.0-Q62.39 | （十一）先天性腎盂及輸尿管之阻塞性缺陷 | Congenital Obstructive defects of renal pelvis and ureter | 永久 |
| Q63.0-Q63.9 | （十二）先天性腎其他畸形 | Other congenital malformations of kidney | 永久 |
| Q77.0-Q77.2、Q77.4、Q77.5、Q77.7-Q77.9、Q78.4 | （十三）骨軟骨發育不良伴有管狀骨及脊椎生長缺陷 | Osteochondrodysplasia with defects of growth of tubular bones and spine | 永久 |
| Q90.0-Q99.1、Q99.8、Q99.9 | （十四）染色體異常 | Chromosomal abnormalities | 永久 |
| Q35.1-Q35.7、Q36.0-Q37.9 | （十五）先天性畸形唇顎裂〔限需多次手術治療及語言復健者〕 | Congenital cleft palate and cleft lip | 三年 |
| | 九、燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。 | | 一年 |

| ICD-10-CM/PCS 碼<br>2014 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| T31.20-T31.99、T32.20-T32.99 | （一）體表面積之大於 20%之燒傷 | Burn of >20% of total body surface | |
| T26.00XA-T26.92XA(第 7 位碼須為 A)<br>T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA(第 7 位碼須為 A) | （二）顏面燒燙傷<br>1.眼及其附屬器官之燒傷<br>2.臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害。 | Burn confined to eye and adnexa<br>Burn of face and head, deep necrosis of underlying tissue (deep third degree) with loss of a body part | |
| | 十、接受器官移植<br>（一）移植器官(摘取器官亦免自行負擔部分醫療費用) | | 手術當次，由醫師逕行認定免申請證明 |
| 0TY00Z0、0TY10Z0 | 1.腎臟移植 | Transplantation of Kidney | |
| 02YA0Z0 | 2.心臟移植 | Transplantation of Heart | |
| 0BYC0Z0、0BYD0Z0、0BYF0Z0、0BYG0Z0、0BYH0Z0、0BYJ0Z0、0BYK0Z0、0BYL0Z0、0BYM0Z0 | 3.肺臟移植 | Transplantation of Lung | |
| 0FY00Z0 | 4.肝臟移植 | Transplantation of Liver Transfusion of | |
| 30230G0、30230G1 | 5.骨髓移植 | Autologous Bone Marrow | |
| 0FYG0Z0 | 6.胰臟移植 | Transplantation of Pancreas | |
| 0DY80Z0 | 7.小腸移植 | Transplantation of Small Intestine | |
| | （二）接受器官移植後之追蹤治療（於中華民國領域外接受器官移植手術者應依法完成器官移植通報） | | |
| Z94.0 | 1.腎臟移植手術後之追蹤治療 | Kidney transplant status | 永久 |
| Z94.1 | 2.心臟移植手術後之追蹤治療 | Heart transplant status | 永久 |
| Z94.2 | 3.肺臟移植手術後之追蹤治療 | Lung transplant status | 永久 |
| Z94.4 | 4.肝臟移植手術後之追蹤治療 | Liver transplant status | 永久 |
| Z94.81、Z94.84 | 5.骨髓移植手術後之追蹤治療 | Bone transplant status | 五年 |
| Z94.83 | 6.胰臟移植手術後之追蹤治療 | Pancreas transplant status | 永久 |
| Z94.82 | 7.小腸移植手術後之追蹤治療 | Intestine transplant status | 永久 |
| T86.10-T86.19 | 8.腎臟移植併發症 | Complication of kidney transplant | 永久 |
| T86.40-T86.49 | 9.肝臟移植併發症 | Complication of liver transplant | 永久 |
| T86.20-T86.23 、 T86.290-T86.298 | 10.心臟移植併發症 | Complication of heart transplant | 永久 |
| T86.810-T86.819 | 11.肺臟移植併發症 | Complication of lung transplant | 永久 |
| T86.00-T86.09 | 12.骨髓移植併發症 | Complication of bone marrow transplant | 五年 |
| T86.890-T86.899 | 13.胰臟移植併發症 | Complication of pancreas transplant | 永久 |
| T86.850-T86.859 | 14.小腸移植併發症 | Complication of intestine transplant | 永久 |
| | 十一、小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。 | | 永久 |
| A80.0-A80.2、A80.30-A80.39 | （一）急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者 | Acute poliomyelitis with other paralysis | |
| G80.0-G80.2、G80.4-G80.9 | （二）嬰兒腦性麻痺 | Cerebral palsy | |
| (G82.20-G82.54、G83.0-G83.9)+(B91、G14) | （三）其他麻痺性徵候群（急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群） | Other paralytic syndromes (late effects of acute poliomyelitis) | |
| T07 | 十二、重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者(INJURY SEVERITY SCORE ≧16)（※植物人狀態不可以 ISS 計算） | Major trauma rated 16 or above on the severity scale (INJURY SEVERITY SCORE ≧16) | 一年：首次<br>三年：續發 |
| Z99.11 | 十三、因呼吸衰竭需長期使用呼吸器符合下列任一項者： | Long-term mechanical ventilation, defined as one of the following： | 四十二日：首次<br>三個月：續發 |

| ICD-10-CM/PCS 碼<br>2014 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| | （一）使用侵襲性呼吸輔助器二十一天以上者<br>（二）使用侵襲性呼吸輔助器改善後，改用非侵襲性陽壓呼吸治療總計二十一天以上者<br>（三）使用侵襲性呼吸輔助器後改用負壓呼吸輔助器總計二十一天以上者<br>（四）特殊疾病(末期心衰竭、慢性呼吸道疾病、原發性神經原肌肉病變、慢性換氣不足症候群)而須使用非侵襲性陽壓呼吸治療總計二十一天以上者。<br>以上天數計算須符合連續使用定義原則 | 1. Invasive mechanical ventilation for 21 or more days.<br>2. Invasive mechanical ventilation followed by non-invasive ventilation, with a total duration of 21 or more days.<br>3. Invasive mechanical ventilation followed by negative pressure ventilation, with a total duration of 21 or more days.<br>4. Specific diseases, e.g.,End stage heart failure, chronic pulmonary diseases, primary neuromuscular diseases, chronic hypoventilation syndrome, which require non-invasive ventilation for 21 or more days. | 一年：第三次以後 |
| E41<br><br><br><br><br><br>E43 | 十四、<br>（一）因腸道大量切除或失去功能引起之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過三十天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。<br>（二）其他慢性疾病之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過三十天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。 | Patients suffering from severe malnutrition due to major enterectomy, intestinal failure already on a fully intravenous diet for 30 days, and unable to obtain sufficient nutrition through an oral diet<br>Patients suffering from severe malnutrition due to other chronic disease already on a fully intravenous diet for 30 days, and unable to obtain sufficient nutrition through an oral diet | 三個月：首次<br>三年：續發 |
| T70.3XXA<br>T79.0XXA | 十五、因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者。<br>（一）減壓病<br>（二）空氣栓塞症 | Decompression sickness<br>Air embolism | 永久<br>三年 |
| G70.00、G70.01 | 十六、重症肌無力症 | Myasthenia gravis | 三年 |
| D80.1、D80.6、D80.8、D80.9<br>D81.0-D81.2、D81.4、D81.6、D81.7、D81.89、D81.9<br>D82.0-D82.9<br><br>D83.0-D83.9<br>D84.0-D84.9 | 十七、先天性免疫不全症<br>（一）免疫缺乏症伴有主要抗體缺陷<br>（二）複合性免疫缺乏症<br>（三）與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症<br>（四）常見多樣性免疫缺乏症<br>（五）其他免疫缺乏症 | Immunodeficiency with predominantly antibody defects<br>Combined immunodeficiencies<br>Immunodeficiency associated with other major defects<br>Common variable immunodeficiency<br>Other immunodeficiencies | 五年 |
| （S12.000A-S12.9XXA）+〔（S14.101A-S14.159A）、 | 十八、脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）<br>（一）脊柱骨折，伴有脊髓病灶 | Fracture of vertebral column with spinal cord injury | 永久 |

| ICD-10-CM/PCS 碼<br>2014 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| （S24.101A-S24.159A）、<br>（S34.101A-S34.139A）〕<br>（第 7 碼均須為 A）<br>S14.101A-S14.159A、<br>S24.101A-S24.159A、<br>S34.101A-S34.139A<br>（第 7 碼均須為 A）<br>G32.0、G95.0、G95.11-<br>G95.89、G95.9、G99.2 | （二）無明顯脊椎損傷之脊髓傷害<br><br><br><br>（三）其他脊髓病變 | Spinal cord injury without evidence of spinal bone injury<br><br><br><br>Other disease of spinal cord | |
| <br><br><br><br><br><br><br>J60<br><br>J61<br><br>J62.0、J62.8<br><br>J63.0-J63.6<br><br>J64、J65 | 十九、職業病<br>（以勞工保險條例第三十四條第一項規定之職業病種類表所載職業病範圍為限；適用對象限已退休之未具勞工保險被保險人身份之保險對象；具勞工保險被保險人身份者，應依勞工保險職業病就醫規定辦理，亦免自行負擔部分醫療費用）<br>（一）煤礦工人塵肺症<br>（二）石綿沉著症<br>（三）其他矽石或矽鹽所致之塵肺症<br>（四）其他無機性塵埃所致之塵肺症<br>（五）塵肺症 | Occupational disease<br><br><br><br><br><br><br>Coalworker's pneumoconiosis<br>Asbestosis<br>Pneumoconiosis due to other silica or silicates<br>Pneumoconiosis due to other inorganic dust<br>Pneumoconiosis | 三年：首次<br>永久：續發 |
| <br><br>I60.00-I60.9<br>I61.0-I62.9<br>I63.00-I63.9<br>G45.0-G45.2、G45.4-<br>G46.8、I67.0-I67.2、<br>I67.4-I67.7、I67.81、<br>I67.82、I67.841-<br>I67.848、I67.89、I67.9、<br>I68.0、I68.8 | 二十、急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）<br>（一）蜘蛛膜下腔出血<br>（二）腦內出血<br>（三）腦梗塞<br>（四）其他腦血管疾病 | Cerebrovascular disease (acute stage)<br>Subarachnoid hemorrhage<br>Intracerebral hemorrhage<br>Cerebral infarction<br>Other cerebrovascular disease | 急性發作後一個月內由醫師逕行認定免申請證明 |
| G35 | 二十一、多發性硬化症 | Multiple sclerosis | 五年 |
| G71.0、G71.2 | 二十二、先天性肌肉萎縮症 | Congenital muscular dystrophy | 永久 |
| <br>Q81.0-Q81.9、Q82.8、<br>Q82.9<br>Q84.9<br><br>Q80.0-Q80.9 | 二十三、外皮之先天畸形<br>（一）先天性水泡性表皮鬆懈症<br><br>（二）皮膚先天性畸形<br><br>（三）先天性魚鱗癬（穿山甲症） | Congenital anomalies integument<br>Congenital epidermolysis bullosa<br><br>Congenital malformation of integument, unspecified<br>Congenital ichthyosis | 永久 |
| A30.0-A30.9 | 二十四、漢生病 | Leprosy (Hansen's disease) | 永久 |
| K70.2-K70.31、K74.1-<br>K74.69 | 二十五、肝硬化症，併有下列情形之一者：<br>（一）腹水無法控制<br>（二）食道或胃靜脈曲張出血<br><br>（三）肝昏迷或肝代償不全 | Liver cirrhosis with complication<br><br>Ascites with poor control<br>Esophageal or gastric varices bleeding<br>Hepatic coma or liver dyscompensated | 五年 |

| ICD-10-CM/PCS 碼<br>2014 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明有效期限 |
|---|---|---|---|
| | 二十六、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。 | | |
| P07.10 | （一）早產兒出生後三個月內因神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟（含支氣管）等之併發症住院者 | Neurological, muscular, skeletal, cardiac or pulmonary complications due to premature infants to have admission care within three months birth. | 由醫師逕行認定免申請證明 |
| P07.20 | （二）早產兒出生滿三個月後，經身心障礙等級評鑑為中度以上，領有社政單位核發之身心障礙手冊者 | Neurological, muscular, skeletal, cardiac or pulmonary complications due to premature infants certified to have moderate impairments three months of age. | 三年 |
| T57.0X1A、T57.0X2A、T57.0X3A、T57.0X4A | 二十七、砷及其化合物之毒性作用（烏腳病） | Toxic effect of arsenic and its compounds (black foot disease) | 永久 |
| G12.20-G12.29 | 二十八、運動神經元疾病其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器者【惟經神經內科專科醫師診斷為肌萎縮性側索硬化症者(AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS ICD-10-CM G12.21)，不受其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器之限制】 | Motor neuron disease | 永久 |
| A81.00-A81.09 | 二十九、庫賈氏病 | Creutzfeldt-Jakob disease | 永久 |
| | 三十、經本部公告之罕見疾病，但已列屬前二十九類者除外。 | Rare disease | 永久 |

## 全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限（104 年 12 月 31 日前適用）

| ICD-9-CM 碼<br>2001 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明<br>有效期限 |
|---|---|---|---|
| 140-208 | 一、需積極或長期治療之癌症。<br>惡性腫瘤 | Malignant neoplasm | 五年 |
| 286.0<br>286.1<br>286.2<br>286.3 | 二、先天性凝血因子異常。<br>（一）先天性第八凝血因子異常〔A 型血友病〕。<br>（二）先天性第九凝血因子異常〔B 型血友病〕。<br>（三）先天性第十一凝血因子異常〔C 型血友病〕。<br>（四）其他凝血因子先天性缺乏症異常。 | Congenital factor Ⅷ disorder<br>Congenital factor Ⅸ disorder<br>Congenital factor XI deficiency<br>Congenital deficiency of other clotting factors | 永久 |
| 282<br>283<br>284 | 三、嚴重溶血性及再生不良性貧血〔血紅素未經治療，成人經常低於 8gm/dl 以下，新生兒經常低於 12gm/dl 以下者〕。<br>（一）遺傳性溶血性貧血<br>（二）後天性溶血性貧血<br>（三）再生不良性貧血 | Hereditary hemolytic anemias<br>Acquired hemolytic anemias<br>Aplastic anemias | 五年 |
| 585<br>403.01、403.11、403.91<br>404.02、404.03、404.12、404.13、404.92、404.93 | 四、慢性腎衰竭〔尿毒症〕，必須接受定期透析治療者。<br>（一）慢性腎衰竭<br>（二）高血壓性腎臟病伴有腎衰竭<br>（三）高血壓性心臟及腎臟病伴有腎衰竭 | Chronic Renal failure（End-stage renal disease）<br>Hypertensive renal disease with renal failure<br>Hypertensive heart and renal disease with renal failure | 永久：申請時已確定需定期透析者。<br>三個月：申請時尚無法確定需定期透析者 |
| 710.0<br>710.1<br>714.0、714.30~714.33<br>710.4<br>710.3<br>446.0<br>446.2<br>446.4<br>446.5<br>443.1<br>446.7<br>446.1<br>136.1<br>694.4<br>710.2<br>555 | 五、需終身治療之全身性自體免疫症候群。<br>（一）紅斑性狼瘡<br>（二）全身性硬化症<br>（三）類風濕關節炎〔符合 1987 美國風濕病學院修訂之診斷標準，含青年型類風濕關節炎〕<br>（四）多發性肌炎<br>（五）皮肌炎<br>（六）血管炎<br>1.結節狀多動脈炎<br>2.過敏性血管炎<br>3.韋格納氏肉芽腫<br>4.巨細胞動脈炎<br>5.血栓閉鎖性血管炎<br>6.閉鎖式動脈炎<br>7.急性發熱性黏膜皮膚淋巴結徵候群（川崎病）<br>8.貝賽特氏病<br>（七）天疱瘡<br>（八）乾燥症<br>（九）克隆氏症 | Systemic lupus erythematosus<br>Systemic sclerosis<br>Rheumatoid arthritis<br>Rheumatoid arthritis juvenile<br>Polymyositis<br>Dermatomyositis<br>Vasculitis<br>Polyarteritis nodosa<br>Hypersensitivity angiitis<br>Wegener's granulomatosis<br>Giant cell arteritis<br>Thromboangiitis obliterans（Buerger's disease）<br>Takayasus's disease<br>Kawasaki disease<br>Behcet's disease<br>Pemphigus<br>Sjogren's syndrome<br>Crohn's disease | 永久 |

| ICD-9-CM 碼<br>2001 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明<br>有效期限 |
|---|---|---|---|
| 556.0~556.6、556.8~556.9 | （十）慢性潰瘍性結腸炎 | Ulcerative colitis | |
| | 六、慢性精神病〔符合以下診斷，而病情已經慢性化者，除第（一）項外，限由精神科專科醫師所開具之診斷書並加註專科醫師證號〕 | | |
| 290 | （一）老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】 | Senile and presenile organic psychotic conditions | 永久 |
| 293.1 | （二）亞急性譫妄 | Subacute delirium | 六個月（每六個月重新評估） |
| 294 | （三）其他器質性精神病態 | Other organic psychotic conditions（chronic） | 二年：首次<br>永久：續發 |
| 295 | （四）思覺失調症 | Schizophrenic disorders | 永久 |
| 296 | （五）情感性精神病 | Affective psychoses | 二年：首次<br>永久：續發 |
| 297 | （六）妄想狀態 | Paranoid states | 二年：首次<br>永久：續發 |
| 299 | （七）源自兒童期之精神病 | Psychoses with origin specific to childhood | |
| 299.0 | 1.幼兒自閉症 | Infantile autism | 五年：首次<br>永久：續發 |
| 299.1 | 2.崩解性精神病 | Disintegrative psychoses | 五年：首次<br>永久：續發 |
| 299.8 | 3.其他源發於兒童期之精神病 | Other specified early childhood psychoses | 五年：首次<br>永久：續發 |
| 299.9 | 4.未明示其他源發於兒童期之精神病 | Psychoses with origin specific to childhood unspecified | 三年：首次<br>五年：續發<br>五年：再發<br>永久：第四次以後 |
| | 七、先天性新陳代謝異常疾病〔G6PD 代謝異常除外〕 | | 永久 |
| 243 | （一）先天性甲狀腺功能不足 | Congenital hypothyroidism | |
| 250.01、250.03、<br>250.11、250.13、<br>250.21、250.23、<br>250.31、250.33、<br>250.41、250.43、<br>250.51、250.53、<br>250.61、250.63、<br>250.71、250.73、<br>250.81、250.83、<br>250.91、250.93、 | （二）胰島素依賴型糖尿病 | Type I diabetes mellitus | |
| 253.5 | （三）尿崩症 | Diabetes insipidus | |
| 255.2 | （四）先天性腎上腺泌尿道症候群 | Congenital adrenal hyperplasia | |
| 270 | （五）氨基酸輸送與代謝之失調 | Disorders of amino-acid transport and metabolism | |
| 271.0 | （六）肝醣貯積症 | Glycogent storage disease | |
| 271.1 | （七）半乳糖血症 | Galactosemia | |
| 272.1 | （八）純高甘油脂血症 | Pure hyperglyceridemia | |
| 272.6 | （九）脂質營養不良症 | Lipodystrophy | |
| 272.7 | （十）脂肪代謝障礙 | Lipidoses | |
| 272.9 | （十一）脂質代謝失調症 | Disorders of lipoid metabolism | |
| 275.1 | （十二）銅代謝失調症 | Disorders of copper metabolism | |
| 275.40~275.42、275.49 | （十三）鈣代謝失調症 | Disorders of calcium metabolism | |

| ICD-9-CM 碼<br>2001 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明<br>有效期限 |
|---|---|---|---|
| 277.2 | （十四）Purine 及 Pyrimidine 之其他代謝失調症 | Other disorders of purine and pyrimidine metabolism | |
| 277.5 | （十五）黏多醣症 | Mucopolysaccharidosis | |
| 277.8 | （十六）其他特定之新陳代謝失調症 | Other specified disorders of metabolism | |
| 277.9 | （十七）新陳代謝失調症 | Disorders of metabolism | |
| | 八、心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常 | | |
| 740 | （一）無腦症及類似畸形 | Anencephalus and similar anomalies | 永久 |
| 742 | （二）神經系統之其他先天性畸形 | Other congenital anomalies of nervous system | 三年 |
| 745~746 | （三）先天性心球〔胚胎〕及心臟中隔閉合之畸形或心臟之其他先天性畸形 | Bulbus cordis anomalies and anomalies of cardiac septal closure or other congenital anomalies of heart | 三年 |
| 747 | （四）循環系統之其他先天性畸形 | Other congenital anomalies of circulatory system | 三年 |
| 748.4 | （五）先天性肺囊腫 | Congenital cystic lung disease | 永久 |
| 748.5 | （六）肺缺乏症形成不全及形成異常 | Agenesis, hypoplasia and dysplasia of lung | 永久 |
| 748.6 | （七）肺之其他畸形 | Other anomalies of lung | 永久 |
| 751 | （八）消化系統之其他先天性畸形 | Other congenital anomalies of digestive system | 永久 |
| 753.0 | （九）腎缺乏症及形成異常 | Renal agenesis and dysgenesis | 永久 |
| 753.1 | （十）囊腫性腎病 | Cystic kidney disease | 永久 |
| 753.20~753.23、753.29 | （十一）腎盂及輸尿管之阻塞性缺陷 | Obstructive defects of renal pelvis and ureter | 永久 |
| 753.3 | （十二）腎之其他明示畸形 | Other specified anomalies of kidney | 永久 |
| 756.4 | （十三）軟骨形成異常 | Chondrodystrophy | 永久 |
| 758 | （十四）染色體異常 | Chromosomal anomalies | 永久 |
| 749.01~749.04、<br>749.11~749.14、<br>749.21~749.25 | （十五）先天性畸形唇顎裂〔限需多次手術治療及語言復健者〕 | Congenital cleft palate and cleft lip | 三年 |
| | 九、燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。 | | 一年 |
| 948.2~948.9 | （一）體表面積之大於 20%之燒傷 | Burn of >20% of total body surface | |
| | （二）顏面燒燙傷 | | |
| 940 | 1.眼及其附屬器官之燒傷 | Burn confined to eye and adnexa | |
| 941.5 | 2.臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害。 | Burn of face and head, deep necrosis of underlying tissue (deep third degree) with loss of a body part | |
| | 十、接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟、骨髓、胰臟及小腸移植後之追蹤治療。 | | |
| V42.0 | （一）腎臟移植手術後之追蹤治療 | Kidney replaced by transplant | 永久 |
| V42.1 | （二）心臟移植手術後之追蹤治療 | Heart replaced by transplant | 永久 |
| V42.6 | （三）肺臟移植手術後之追蹤治療 | Lung replaced by transplant | 永久 |
| V42.7 | （四）肝臟移植手術後之追蹤治療 | Liver replaced by transplant | 永久 |
| V42.81~V42.82 | （五）骨髓移植手術後之追蹤治療 | Bone marrow replaced by transplant | 五年 |
| V42.83 | （六）胰臟移植手術後之追蹤治療 | Pancreas replaced by transplant | 永久 |
| V42.84 | （七）小腸移植手術後之追蹤治療 | Intestines replaced by transplant | 永久 |
| 996.81 | （八）腎臟移植併發症 | Complication of transplanted kidney | 永久 |

| ICD-9-CM 碼<br>2001 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明<br>有效期限 |
|---|---|---|---|
| 996.82 | （九）肝臟移植併發症 | Complication of transplanted liver | 永久 |
| 996.83 | （十）心臟移植併發症 | Complication of transplanted heart | 永久 |
| 996.84 | （十一）肺臟移植併發症 | Complication of transplanted lung | 永久 |
| 996.85 | （十二）骨髓移植併發症 | Complication of transplanted bone marrow | 五年 |
| 996.86 | （十三）胰臟移植併發症 | Complication of transplanted pancreas | 永久<br>永久 |
| 996.87 | （十四）小腸移植併發症 | Complications of transplanted intestine | |
| | 十一、小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。 | | 永久 |
| 045.1 | （一）急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者 | Acute poliomyelitis with other paralysis | |
| 343 | （二）嬰兒腦性麻痺 | Infantile cerebral palsy | |
| 344＋138 | （三）其他麻痺性徵候群（急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群） | Other paralytic syndromes late effects of acute poliomyelitis | |
| 959.99 | 十二、重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者（INJURY SEVERITY SCORE ≧16）（※植物人狀態不可以 ISS 計算） | Major trauma rated 16 or above on the severity scale (injury severity score ≧16) | 一年：首次<br>三年：續發 |
| 518.85 | 十三、因呼吸衰竭需長期使用呼吸器符合下列任一項者：<br>（一）使用侵襲性呼吸輔助器二十一天以上者<br>（二）使用侵襲性呼吸輔助器改善後，改用非侵襲性陽壓呼吸治療總計二十一天以上者<br>（三）使用侵襲性呼吸輔助器後改用負壓呼吸輔助器總計二十一天以上者<br>（四）特殊疾病(末期心衰竭、慢性呼吸道疾病、原發性神經原肌肉病變、慢性換氣不足症候群)而須使用非侵襲性陽壓呼吸治療總計二十一天以上者。<br>以上天數計算須符合連續使用定義原則 | Long-term mechanical ventilation, defined as one of the following:<br>1. Invasive mechanical ventilation for 21 or more days.<br>2. Invasive mechanical ventilation followed by non-invasive ventilation, with a total duration of 21 or more days.<br>3. Invasive mechanical ventilation followed by negative pressure ventilation, with a total duration of 21 or more days.<br>4. Specific diseases, e.g., End stage heart failure, chronic pulmonary diseases, primary neuromuscular diseases, chronic hypoventilation syndrome, which require non-invasive ventilation for 21 or more days. | 四十二日：首次<br>三個月：續發<br>一年：第三次以後 |
| | 十四 | | 三個月：首次<br>三年：續發 |
| 261.0 | （一）因腸道大量切除或失去功能引起之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過三十天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。 | Patients suffering from severe malnutrition due to major enterectomy, intestinal failure already on a fully intravenous diet for 30 days, and unable to obtain sufficient nutrition through an oral diet | |
| 261.1 | （二）其他慢性疾病之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過三十天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。 | Patients suffering from severe malnutrition due to other chronic disease already on a fully intravenous diet for 30 days, and unable to obtain sufficient nutrition through an oral diet | |

| ICD-9-CM 碼<br>2001 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明<br>有效期限 |
|---|---|---|---|
| | 十五、因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者。 | | |
| 993.3 | （一）減壓病 | Decompression sickness | 永久 |
| 958.0 | （二）空氣栓塞症 | Air embolism | 三年 |
| 358.0 | 十六、重症肌無力症 | Myasthenia gravis | 三年 |
| | 十七、先天性免疫不全症 | | 五年 |
| 279.00、279.06 | （一）低丙種球蛋白血症 | Hypogammaglobulinemia | |
| 279.08 | （二）選擇性免疫球蛋白缺乏合併反覆相關之感染 | Selective immunoglobulin deficiency combined with repeated related infection | |
| 279.1 | （三）細胞性免疫缺乏症 | Deficiency of cell-mediated immunity | |
| 279.2 | （四）複合型免疫缺乏症 | Combined immunity deficiency | |
| 279.3 | （五）吞噬細胞功能低下症 | Phagocyte deficiency( chronic granulomatous disease ) | |
| 279.8 | （六）其他免疫疾病 | Other specified disorder of immune mechanism | |
| | 十八、脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者） | | 永久 |
| 806 | （一）脊柱骨折，伴有脊髓病灶 | Fracture of vertebral column with spinal cord injury | |
| 952 | （二）無明顯脊椎損傷之脊髓傷害 | Spinal cord injury without evidence of spinal bone injury | |
| 336 | （三）其他脊髓病變 | Other disease of spinal cord | |
| | 十九、職業病<br>（以勞工保險條例第三十四條第一項規定之職業病種類表所載職業病範圍為限；適用對象限已退休之未具勞工保險被保險人身份之保險對象；具勞工保險被保險人身份者，應依勞工保險職業病就醫規定辦理，亦免自行負擔部分醫療費用） | Occupational disease | 三年：首次<br>永久：續發 |
| 500 | （一）煤礦工人塵肺症 | Coal workers' pneumoconiosis | |
| 501 | （二）石綿沉著症 | Asbestosis | |
| 502 | （三）其他矽石或矽鹽所致之塵肺症 | Pneumoconiosis due to other silica or silicates | |
| 503 | （四）其他無機性塵埃所致之塵肺症 | Pneumoconiosis due to other inorganic dust | |
| 505 | （五）塵肺症 | Pneumoconiosis | |
| | 二十、急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內） | Cerebrovascular disease (acute stage) | 急性發作後一個月內由醫師逕行認定免申請證明 |
| 4304 | （一）蜘蛛膜下腔出血 | | |
| 431、432 | （二）腦內出血 | Subarachnoid hemorrhage | |
| 433、434 | （三）腦梗塞 | Intracerebral hemorrhage | |
| 435~437 | （四）其他腦血管疾病 | Cerebral infarction<br>Other cerebrovascular disease | |
| 340 | 二十一、多發性硬化症 | Multiple sclerosis | 五年 |
| 359.0、359.1 | 二十二、先天性肌肉萎縮症 | Congenital muscular dystrophy | 永久 |

| ICD-9-CM 碼<br>2001 年版 | 重大傷病項目 | 英文疾病名稱 | 證明<br>有效期限 |
|---|---|---|---|
| | 二十三、外皮之先天畸形 | Congenital anomalies integument | 永久 |
| 757.39 | （一）先天性水泡性表皮鬆懈症 | Congenital epidermolysis bullosa | |
| 757.9 | （二）先天性之外皮畸形 | Congenital anomalies of the integument | |
| 757.1 | （三）先天性魚鱗癬症（穿山甲症） | Ichthyosis congenita | |
| 030 | 二十四、漢生病 | Leprosy (Hansen's disease) | 永久 |
| 571.2、 571.5、 571.6 | 二十五、肝硬化症，併有下列情形之一者：<br>（一）腹水無法控制<br>（二）食道或胃靜脈曲張出血<br>（三）肝昏迷或肝代償不全 | Liver cirrhosis with complication<br>Ascites with poor control<br>Esophageal or gastric varicosis bleeding<br>Hepatic coma or liver dyscompensated | 五年 |
| 765.90 | 二十六、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。<br>（一）早產兒出生後三個月內因神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟（含支氣管）等之併發症住院者 | Neurological, muscular, skeletal, cardiac or pulmonary complications due to premature infants to have admission care within three months birth. | 由醫師逕行認定免申請證明 |
| 765.99 | （二）早產兒出生滿三個月後，經身心障礙等級評鑑為中度以上，領有社政單位核發之身心障礙手冊者 | Neurological, muscular, skeletal, cardiac or pulmonary complications due to premature infants certified to have moderate impairments three months of age. | 三年 |
| 985.1 | 二十七、砷及其化合物之毒性作用（烏腳病） | Toxic effect of arsenic and its compounds (black foot disease) | 永久 |
| 335.2 | 二十八、運動神經元疾病其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器者【惟經神經內科專科醫師診斷為肌萎縮性側索硬化症者（AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS ICD-9-CM 335.20），不受其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器之限制】。 | Motor neuron disease | 永久 |
| 046.1 | 二十九、庫賈氏病 | Jakob -Creutzfeldt disease | 永久 |
| | 三十、經本部公告之罕見疾病，但已列屬前二十九類者除外。 | Rare disease | 永久 |

**附表二**

# 全民健康保險重大傷病證明申請書

<table>
<tr><td>申請人<br>姓名</td><td colspan="2"></td><td>男：□<br>女：□</td><td>出生<br>日期</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>身分證<br>字號</td><td colspan="2"></td><td>受理申<br>請日期</td><td>（申請人勿填）</td><td>受理<br>編號</td><td>（申請人勿填）</td></tr>
<tr><td>聯絡<br>地址</td><td colspan="4">電子郵件信箱：</td><td>聯絡<br>電話</td><td>（手機）<br>（市話）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請人<br>或代理<br>人簽名<br>或蓋章</td><td colspan="3">簽名：</td><td colspan="2">申請書開立日期：</td><td colspan="2">新申請：□</td></tr>
<tr><td colspan="3">身分證字號：</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">換　發：□</td></tr>
<tr><td colspan="3">申請人與<br>代理人關係：</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">申　復：□</td></tr>
<tr><td rowspan="2">健保署審核意見欄</td><td colspan="5">1. □同意發給重大傷病證明。<br>2. □不符申請條件，不同意。<br>理由：<br>3. □資料不全，請補正。<br>4. □其他：<br>組室專用章：　　日期戳章：</td><td>審查醫師</td></tr>
<tr><td>承辦人：</td><td colspan="2">複核：</td><td>科長：</td><td colspan="2">決行：</td></tr>
<tr><td>注意<br>事項</td><td colspan="6">1. 本申請書得以現場或郵寄方式向健保署分區業務組提出申請。<br>2. 本申請書經審查核准後，相關資料同時登錄全民健康保險憑證(健保卡)。<br>3. 申請時請檢附申請人身分證明文件影本供留存，若委由代理人申請時，併請出示代理人之身分證明文件供查驗。</td></tr>
</table>

## 附表三、全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療病人重大傷病證明申請附表

初次：第一次申請透析治療者（含從未申請或前次申請未獲核定同意透析治療）請填寫全部欄位，否則資料不予收件

姓名：_____　　性別：□男 □女　　身分證字號：__ __ __ __ __ __ __ __ __ __

出生：民國_____年____月_____日　初次透析治療日期：_____年_____月_____日

居住地址：　　電話：

透析院所：　　（代號：　　）

透析方式：□血液透析（永久性血管通路完成日期 ：　年　月　日）

□腹膜透析：（腹膜透析導管植入日期：　年　月　日）

原發病因：____ -____ ____ ____-____〔請參考本表背面說明〕

一、長期透析適應症(Indication)：：（請勾選）（請參考申請表背面之申請須知）

□（一）絕對適應症　　□（二）相對適應症

二、伴隨症狀(Symptoms and Signs)：( 請務必勾選)

□ 1.心臟衰竭或肺水腫　□ 2.心包膜炎　□ 3.出血傾向

□ 4.神經症狀：意識障礙，抽搐或未稍神經病變

□ 5.高血鉀（藥物難以控制）

□ 6.嚴重酸血症(藥物難以控制)　□ 7.噁心、嘔吐(藥物難以控制)

□ 8.惡病體質(cachexia)　□ 9.重度氮血症（BUN > 100 mg/dl）

□ 10.其他 （請說明）：_____

三、相關疾病(Comorbidity)：( 請務必勾選)

□ 1.糖尿病　□ 2.高血壓　□ 3.鬱血性心臟衰竭

□ 4.缺血性心臟病　□ 5.腦血管病變　□ 6.慢性肝病/肝硬化

□ 7.惡性腫瘤　□ 8.結核

□ 9.其他 （請說明）：_____

四、生化檢驗值(Laboratory data)：（檢驗日期：_____年____月_____日）

Albumin：__ .__ __g/dl　Hct：__ __.__%　Hb：__ __.__ __gm%　K：__.__ __ mEq/L

BUN：__ __ __.__ mg/dl　Cr：__ __.__ __mg/dl　eGFR (MDRD-S)：__ __.__ __ ml/min/1.73m$^2$

Daily urine amount：___ ___ ___ ___ ml

五、其他相關檢查資料與說明：（病史、腎臟超音波等）

□ 過去病史及檢查已知為慢性腎衰竭　日期：_____年____月_____日

□ 異常BUN：__ __ __.__mg/dl或Cr：__ __.__ __mg/dl. 日期：____年____月___日

□ 腎臟超音波檢查異常（下列原因可複選）　日期：_____年_____月_____日

□左腎臟剩餘 8-10cm　□右腎臟剩餘 8-10cm

□左腎臟剩餘 6-8cm　□右腎臟剩餘6-8cm

□左側水腎□右側水腎□慢性腎實質病變　□其他說明：_____

六、未符合上述條件但因其他嚴重或危及生命之臨床狀況必須進入長期透析之理由

_____

負責醫師姓名：_____（簽章）　中腎專醫字___ ___ ___號　日期：_____年____月____日

（以上相關資料如有造假，負責醫師願付一切法律責任）

----------（以下由審核醫師填寫）----------

敬送　　醫師

審核意見：1.□ 同意發給重大傷病卡。有效期間永久。

2.□ 無法確定為不可逆性尿毒症，建議發給臨時證明，三個月後申請再次評估，請嘗試停止透析並仔細照護與評估是否必須永久透析，若病患無法免除透析，請收集相關證據於下次再申請時仔細說明。

3.□ 不符申請條件，不同意。理由：

A. 資料未齊全，請補足資料：

B. 其他：

審核醫師姓名：_____（簽章）

中腎專醫字___ ___ ___號　日期：_____年_____月_____日

## 全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明初次申請說明

一、適應症：

1. 絕對適應症：腎絲球濾過率 eGFR < 5 ml/min/1.73m2 或血清肌酸酐 SCr ≧ 10.0 mg/dl
2. 相對適應症：
   - 糖尿病患者：重度慢性腎衰竭且eGFR≦15 ml/min/1.73m$^2$ 或血清肌酸酐 SCr ≧6.0 mg/dl，且伴有下列任何一種併發症者【註：重度慢性腎衰竭之定義為慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者】
   - 非糖尿病患者：重度慢性腎衰竭且eGFR≦10 ml/min/1.73m$^2$ 或血清肌酸酐 SCr >8.0 mg/dl，且伴有下列任何一種併發症者【註：重度慢性腎衰竭之定義為兩側腎臟顯著萎縮(多囊腎例外)或慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者】

   註：GFR起採用MDRD 簡易公式計算estimated GFR

$$\text{estimated GFR} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742\ (\text{if female}) \times 1.212\ (\text{if black})$$

二、申請時機：

1. 選擇血液透析之患者於開始長期透析治療時申請，不論經由臨時插管或永久血管。預先準備血管通路但尚未開始透析時請勿申請。
2. 選擇腹膜透析之患者於開始長期換液治療時申請。預先植入腹膜導管但尚未開始換液時請勿申請。以傳統植管方式者開始透析日為植管日，預先植管患者開始透析日為拉管日。

三、原發疾病填碼說明：

[原發病大類]

A=A 腎臟實質疾病　B=B 系統性疾病　C=C 阻塞性腎病變及泌尿系統疾病
D=D 腎血管病變　E=E 遺傳性疾病　F=F 其他已知原因腎衰竭
G=G 不明原因之腎衰竭　H=H 中毒　I=I 其他

[原發病細類]

A=A 腎臟實質疾病
- A-01A 慢性腎絲球腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)
- A-01B 慢性腎絲球腎炎(有病理切片診斷者)
  - A-01B-a A型免疫球蛋白腎炎　A-01B-b 局部腎絲球硬化症　A-01B-c 膜性腎病變　A-01B-d 膜性增生性腎炎
  - A-01B-e 間質增生性腎炎　A-01B-f 微小變化型腎病變　A-01B-g 半月狀腎絲球腎炎
  - A-01B-h 鏈球菌感染後腎絲球腎炎
  - A-01B-i 腎小管組織腎炎　A-01B-j 止痛劑性腎病變　A-01B-k 其他型腎絲球腎炎
- A-02A 快速進行性腎絲球腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)　A-02B 快速進行性腎絲球腎炎(有病理切片診斷者)
- A-03A 慢性腎間質性腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)
- A-03A-a 中藥引起之慢性腎間質性腎炎(臨床診斷，未有病理切片者)
- A-03B 慢性腎間質性腎炎(有病理切片診斷者)　A-03B-a 中藥引起之慢性腎間質性腎炎(有病理切片診斷者)
- A-04 慢性腎盂腎炎　A-05 急性腎衰竭(未恢復)　A-06 其他腎實質疾病

B=B 系統性疾病
- B-01 腎硬化症（缺血性腎病變）　B-02 惡性高血壓　B-03 糖尿病
- B-04 紅斑性狼瘡　B-05 類澱粉腎病變　B-06 硬皮症
- B-07 多發性骨髓病　B-08 痛風性腎病變　B-09 肝硬化
- B-10 心衰竭　B-11 妊娠毒血症　B-12 其他代謝異常引起的腎衰竭
- B-13 其他系統性疾病引起之腎衰竭　B-14 敗血症

C=C 阻塞性腎病變及泌尿系統疾病
- C-01 結石　C-02 腎結核　C-03 腎尿路惡性腫瘤
- C-04 其他惡性腫病導致之尿路阻塞　C-05 逆流性腎病變　C-06 其他原因引起之阻塞性腎病變

D=D 腎血管病變
- D-01 腎梗塞 D-02 腎動脈栓塞 D-03 腎靜脈血栓症 D-04 溶血性尿毒症候群 D-05 其他腎血管疾病

E=E 遺傳性疾病
- E-01 多囊腎 E-02 其他腎囊腫性疾病 E-03 遺傳性腎炎 E-04 腎形成不全 E-05 其他遺傳性疾病導致腎衰竭

F=F 其他已知原因腎衰竭
- F 其他已知原因腎衰竭

G=G 不明原因之腎衰竭
- G 不明原因之腎衰竭

H=H 中毒
- H-01 一般藥物中毒 H-02 農藥中毒 H-03 化學製劑中毒 H-04 其他中毒

I=I 其他
I-01 其他

**附表四、全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療病人重大傷病證明申請附表－再次申請**

再次：曾申請獲發定期透析重大傷病證明，本次再提出申請者；請填寫全部欄位，否則不予收件

姓名：_____ 性別：□男□女 身分證字號：_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

出生：民國____年___月____日 初次透析治療日期：____年____月_____日

居住地址： 電話：

透析院所： （代號： ）

透析方式：□ 血液透析（永久性血管通路完成日期 ：____年____月____日）

□ 腹膜透析：（腹膜透析導管植入日期）：____年___月____日）

原發病因：___ -___ ___ ___ -___〔請參考申請表背面〕

一、上次申請結果 此次申請為第____次申請

□ 無法確定為不可逆性尿毒症，建議發給臨時證明，三個月後申請再次評估

□ 不符申請條件，不同意。理由：□ 資料不全 □ 其他：

初次申請之長期透析適應症(Indication)：□絕對適應症 □相對適應症

二、目前之透析情況與生化檢驗值(Laboratory data)：（檢驗日期：____年____月____日）

每週血液透析次數：___次 每次透析時間：___ ___小時 （每日腹膜換液：___次）

Albumin：__.__ __g/dl Hct：__ __ .__% Hb：__ __.__ __gm% K：__.__ __mEq/L

BUN：__ __ __ .__mg/dl Cr：__ __.__ __mg/dl

Daily urine amount：__ __ __ __ml 最長不透析日之24小時CCr：__ __.__ __ml/min

三、相關檢查資料與說明：（是否嘗試停止透析、停止透析後之臨床狀況）（ 請務必勾選）

□有□無 嘗試停止透析治療 日期：_____ 年____月____日

最長停止透析之日數：__日；當時之BUN：__ __ __.__mg/dl Cr：__ __ .__ __ mg/dl

必須再開始透析或持續長期透析之理由：

□每日尿量低於400cc □危及生命之狀況 □嚴重影響生活品質 □反覆入院或急診

四、目前之伴隨症狀(Symptoms and Signs)：(請務必勾選)

□ 1.心臟衰竭或肺水腫 □ 2.心包膜炎 □ 3.出血傾向

□ 4.神經症狀：意識障礙，抽搐或末稍神經病變 □ 5.高血鉀（藥物難以控制）

□ 6.嚴重酸血症(藥物難以控制) □ 7.噁心、嘔吐(藥物難以控制)

□ 8.惡病體質(cachexia) □ 9.重度氮血症（BUN > 100 mg/dl）

□ 10.其他 （請說明）：

五、目前之相關疾病(Comorbidity)：(請務必勾選)

□ 1.糖尿病 □ 2.高血壓 □ 3.鬱血性心臟衰竭 □ 4.缺血性心臟病

□ 5.腦血管病變 □ 6.慢性肝病/肝硬化 □ 7.惡性腫瘤 □ 8.結核

□ 9.其他 （請說明）：

六、未符合上述條件但因其他嚴重或危及生命之臨床狀況必須進入長期透析之理由

_____

負責醫師姓名：_____（簽章） 中腎專醫字__ __ __號 日期：____年____月___日

（以上相關資料如有造假，負責醫師願付一切法律責任）

----------（以下由審核醫師填寫）----------

敬送 醫師

審核意見：1.□ 同意發給重大傷病卡。有效期間永久。

2.□ 無法確定為不可逆性尿毒症，建議發給臨時證明，三個月後申請再次評估，請嘗試停止透析並仔細照護與評估是否必須永久透析，若病患無法免除透析，請收集相關證據於下次再申請時仔細說明。

3.□ 不符申請條件，不同意。理由：

A. 資料不全，請補足資料：

B. 其他：

審核醫師姓名：_____（簽章） 中腎專醫字__ __ __ 號

日期：____年____月___日

## 全民健康保險慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明再次申請說明

慢性腎衰竭需定期透析治療患者重大傷病證明之患者，於初次申請時或因當時狀況可能存有急性腎衰竭的因素且情況尚有挽回機會、或因所附資料不足以判斷是否必須長期透析，因此審查委員評定為發給三個月有效期之臨時證明或審為不符申請條件，病患通常於一段時日後再次申請。為減少反覆申請的困擾，請照護醫師特別注意以下情況：

1. 本病人腎臟功能損壞是否已達非長期透析不可？
2. 是否曾嘗試在周密的照顧下停止透析？
3. 停止透析後的每日尿量如何？檢驗數據如何？
4. 停止透析後是否產生危急生命的臨床狀況？或因明顯之尿毒症狀嚴重危害生活品質？
5. 停止透析後是否反而因各種無法處理的緊急狀況而頻繁出入醫院與急診？

請詳細記錄以上狀況作為再次申請說服審核醫師同意發給永久重大傷病卡之證據。

CCr 計算公式：因病患已接受透析故不適用原尚未透析時使用之 MDRD-S 公式，請於停止透析或透析間最長間隔日收集 24 小時尿液，計算 24 小時肌酸酐廓清率。

$$\text{肌酸酐廓清率（CCr）}\ \text{ml/min} = \frac{\text{尿中肌酸酐濃度 mg/d} \times \text{尿液總量 ml}}{\text{血中肌酸酐濃度 mg/d} \times \text{時間 min}}$$

## 附表五、呼吸器依賴患者重大傷病證明申請

□新申請 □效期屆滿重新申請

姓　　名：_____　　性　　別：□男□女

出生日期：_____年_____月____日　　身分證字號：_____

病患目前所在醫院：_____醫院

一、目前所在單位：(本單位轉入日期：_____年_____月____日)

□ICU 加護病房　□RCC 呼吸照顧中心　□RCW 呼吸器依賴病房

□一般病房　□HC 居家照護

二、首次進入加護病房日期：_____年_____月____日

□本院 ICU　□外院 ICU（醫院名稱：_____醫院）

轉出加護病房日期：_____年_____月____日

三、主要診斷：(呼吸衰竭之主因）_____

其他診斷：1)_____

2)_____

四、呼吸器使用：開始日期_____年_____月____日，至今累計天數：____天

（若脫離呼吸器超過 5 日，則以再使用呼吸器之日為開始日期）

目前呼吸器使用狀況：□檢附近 21 天以上之每日呼吸治療記錄單影本

□檢附近 30 天以上之每日呼吸治療記錄單影本

1)積極設法脫離中（請詳述日期及方式）：

_____

2)未積極脫離，但支持性照顧方式如下（請詳述）：

_____

五、經胸腔暨重症專科醫師評估，適合於下列地方照護本患者：

□ICU 加護病房　□RCC 呼吸照顧中心　□RCW 呼吸器依賴病房

□一般病房　□HC 居家照護

胸腔暨重症專科醫師_____ 胸專字號 _____ 簽章_____

評估日期： _____年_____月____日

----------以下由審核醫師填寫----------

敬送_____醫師：

審核意見：　1)□ 同意發給重大傷病證明

2)□ 不符合條件，不同意，理由

_____

3)□ 請補件後再審，請補足資料：

_____

審核醫師_____ 簽章_____　日期：____年____月____日

----------以下由健保局填寫----------

承辦健保分區業務組、電話、傳真

受理日期：_____　受理編號：_____

**附表附表六、全民健康保險山地離島地區一覽表**

## 全民健康保險山地離島地區一覽表

| 縣(市)別 | 山地鄉(區) | 離島鄉(區) |
|---|---|---|
| 宜蘭縣 | 大同鄉、南澳鄉 | |
| 新北市 | 烏來區 | |
| 桃園縣 | 復興鄉 | |
| 新竹縣 | 尖石鄉、五峰鄉 | |
| 苗栗縣 | 泰安鄉 | |
| 臺中市 | 和平區 | |
| 南投縣 | 信義鄉、仁愛鄉 | |
| 嘉義縣 | 阿里山鄉 | |
| 高雄市 | 茂林區、桃源區、那瑪夏區 | 東沙島、南太平島 |
| 屏東縣 | 三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉 | 琉球鄉 |
| 花蓮縣 | 秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉 | |
| 台東縣 | 海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉 | 蘭嶼鄉、綠島鄉 |
| 澎湖縣 | | 馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉 |
| 金門縣 | | 金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵 |
| 連江縣 | | 南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉 |

# 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法

中華民國 84 年 1 月 23 日行政院衛生署 ( 84 ) 衛署健保字第 84005437 號令訂定發布全文 11 條
中華民國 84 年 11 月 8 日行政院衛生署 ( 84 ) 衛署健保字第 84060545 號令修正發布第 6 條條文
中華民國 85 年 1 月 24 日行政院衛生署 ( 85 ) 衛署健保字第 84076219 號令修正發布第 7 條條文
中華民國 85 年 10 月 9 日行政院衛生署 ( 85 ) 衛署健保字第 85059125 號令修正發布第 7、11 條條文
中華民國 87 年 10 月 21 日行政院衛生署 ( 87 ) 衛署健保字第 87060169 號令修正發布第 5、6 條條文
中華民國 89 年 8 月 30 日行政院衛生署 ( 89 ) 衛署健保字第 0890013062 號令修正發布全文 11 條；並自發布日起施行
中華民國 98 年 12 月 16 日行政院衛生署衛署健保字第 0982660227 號令修正發布第 7 條條文
中華民國 101 年 10 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660257 號令修正發布名稱及全文 9 條；並自 102 年 1 月 1 日施行 ( 原名稱：全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法 )
中華民國 106 年 12 月 4 日衛生福利部衛部保字第 1061260570 號令修正發布第 6、7、9 條條文及第 5 條附表；除第 6 條條文自 107 年 1 月 1 日施行外，其餘條文自發布日施行

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第五十六條第二項規定訂定之。

第　二　條

全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。

第　三　條

本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。

二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。

三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。

四、急性中毒或急性過敏反應者。

五、突發性體溫不穩定者。

六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。

七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。

八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。

九、精神病病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。

十、重大意外導致之急性傷害。

十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。

第　四　條

保險對象申請核退醫療費用之期限，依本法第五十六條第一項規定。

第　五　條

Ⅰ 保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。

Ⅱ 保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。

Ⅲ 保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件，或至保險人指定之醫事服務機構接受相關檢驗或檢查。

第　六　條

Ⅰ 保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：

一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。

二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。

Ⅱ 前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。

第　七　條

發生於臺灣地區外核退醫療費用之案件，其外幣兌換匯率基準，依下列規定計算：

一、以申請日前一月最後營業日中央銀行就該外幣公告之匯率計算。

二、中央銀行無該外幣匯率資料者，依臺灣銀行公告即期賣出之匯率計算。

三、無前款即期賣出匯率者，採現金賣出之匯率計算。

四、無前款匯率資料者，依彭博社、路透社所登載之匯率計算。

第　八　條

Ⅰ 申請核退醫療費用之案件，保險人應於受理之日起三個月內完成核定，並將核定結果通知保險對象或其法定代理人。

Ⅱ 下列期間，不予計入前項處理期限：

一、所附證件不齊，經保險人通知補件者：自通知補件之日起至補件送達之日止。

二、基於審核需要，經保險人向醫事服務機構調閱病歷者：自通知調閱之日起至病歷送達之日止。

第　九　條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，除中華民國一百零六年十二月四日修正發布之第六條自一百零七年一月一日施行外，自發布日施行。

## 附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據

| 符合本法第五十五條規定之保險對象 | 保險對象(由本人或委託人申請) | 保險對象本人無行為能力或限制行為能力者(由法定代理人申請) | 保險對象本人已死亡(由法定繼承人申請) | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| 一、於臺灣地區內非保險醫事服務機構就醫者<br>二、暫行停止給付期間,於保險醫事服務機構或非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區內) | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、診斷書或證明文件。<br>四、住院案件者:出院病歷摘要。<br>五、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>註:委託他人申請或保險對象未入境時,另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、診斷書或證明文件。<br>四、住院案件者:出院病歷摘要。<br>五、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>六、戶口名簿影本或法定代理人證明文件。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、診斷書或證明文件。<br>四、住院案件者:出院病歷摘要。<br>五、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>六、法定繼承人聲明書。<br>七、死亡證明文件。<br>八、申請者身分證明文件。 | 收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者,應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本,並出具聲明書註明無法提出原本之原因。 |
| 一、於臺灣地區外就醫者<br>二、暫行停止給付期間,於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外) | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、診斷書或證明文件。<br>四、住院案件者:出院病歷摘要。<br>五、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。<br>註:委託他人申請或保險對象未入境時,另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、診斷書或證明文件。<br>四、住院案件者:出院病歷摘要。<br>五、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。<br>七、戶口名簿影本或法定代理人證明文件。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、診斷書或證明文件。<br>四、住院案件者:出院病歷摘要。<br>五、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。<br>七、法定繼承人聲明書。<br>八、死亡證明文件。<br>九、申請者身分證明文件。 | 一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者,應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本,並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者,可免加蓋印信,惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。<br>二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件,如為英文以外之外文文件時,應檢附中文翻譯。 |
| 於保險醫事服務機構就醫,因不可歸責之事由者 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。<br>三、出海作業之船員:身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。<br>四、法定繼承人聲明書。<br>五、死亡證明文件。 | 收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者,應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本,並出具聲明書註明無法提出原本之原因。 |

| 符合本法第五十五條規定之保險對象 | 保險對象(由本人或委託人申請) | 保險對象本人無行為能力或限制行為能力者(由法定代理人申請) | 保險對象本人已死亡(由法定繼承人申請) | 備註 |
|---|---|---|---|---|
| | 註：委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書受委託者之身分證影本。 | 四、戶口名簿影本或法定代理人證明文件。 | 六、申請者身分證明文件。 | |
| 自行負擔之住院費用全年累計超過所定上限規定者 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。但保險對象同意由保險人逕行計算核退費用金額者，得免檢具。<br>註：委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書受委託者之身分證影本。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。但法定代理人同意由保險人逕行計算核退費用金額者，得免檢具。<br>三、戶口名簿影本或法定代理人證明文件。 | 一、醫療費用核退申請書。<br>二、醫療費用收據正本及費用明細。但法定繼承人同意由保險人逕行計算核退費用金者，得免檢具。<br>三、法定繼承人聲明書。<br>四、死亡證明文件。<br>五、申請者身分證明文件。 | 收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。 |

# 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

中華民國 84 年 1 月 27 日行政院衛生署 ( 84 ) 衛署健保字第 84005663 號令訂定發布全文 41 條

中華民國 85 年 4 月 10 日行政院衛生署 ( 85 ) 衛署健保字第 85018222 號令修正發布第 41 條條文；並增訂第 5-1 條條文

中華民國 87 年 2 月 23 日行政院衛生署 ( 87 ) 衛署健保字第 87012044 號令修正發布第 13、18、24、26、31～34、37、39、40-1 條條文

中華民國 87 年 12 月 2 日行政院衛生署 ( 87 ) 衛署健保字第 87067026 號令修正發布第 34、35 條條文

中華民國 88 年 8 月 10 日行政院衛生署 ( 88 ) 衛署健保字第 88038052 號令修正發布第 5-1、6 條條文

中華民國 88 年 8 月 23 日行政院衛生署 ( 88 ) 衛署健保字第 88055824 號令修正發布第 34、35 條條文

中華民國 89 年 12 月 22 日行政院衛生署 ( 89 ) 衛署健保字第 089036222 號令修正發布全文 40 條；本次修正條文，除第 31-2～31-5 條條文由主管機關另定施行日期外，其餘自 90 年 1 月 1 日起施行；中華民國 90 年 6 月 27 日行政院衛生署 ( 90 ) 衛署健保字第 0900039686 號公告第 31-2～31-5 條條文，並自 90 年 7 月 1 日起施行

中華民國 91 年 3 月 29 日行政院衛生署 ( 91 ) 衛署健保字第 0910021725 號令修正發布第 20-4 條條文之附表

中華民國 91 年 12 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 0910081923 號令修正發布全文 40 條；並自發布日施行

中華民國 95 年 2 月 8 日行政院衛生署衛署健保字第 0952600030 號令修正發布全文 76 條；並自發布日施行

中華民國 96 年 3 月 20 日行政院衛生署衛署健保字第 0962600070 號令修正發布第 64、66、72 條條文

中華民國 98 年 2 月 13 日行政院衛生署衛署健保字第 0982600089 號令修正發布第 34、37 條條文

中華民國 98 年 12 月 16 日行政院衛生署衛署健保字第 0982660227 號令修正發布第 28、58、61 條條文及第 24 條之附表

中華民國 99 年 9 月 15 日行政院衛生署衛署健保字第 0992660201 號令修正發布全文 49 條；並自發布日施行

中華民國 101 年 4 月 16 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660069 號令修正發布第 7 條條文

中華民國 101 年 12 月 28 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660329 號令修正發布全文 52 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

## 第一章　總則

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六十六條第一項及第六十七條第一項規定訂定之。

第　二　條

保險醫事服務機構之特約及管理，應依公平、對等、尊重及互信原則為之。

## 第二章　特約之申請及審核

第　三　條

Ⅰ 符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為保險醫事服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。

Ⅱ 保險人應於受理前項申請後三十日內完成審查，必要時得延長三十日，並應通知申請人。

Ⅲ 聯合診所以外之基層醫療單位，其負責醫師具有醫師、中醫師或牙醫師多重醫事人員資格者，僅得依其執業執照登記之類別，申請特約。

第　四　條

申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，不予特約：

一、違反醫事法令，受停業處分期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。

二、違反全民健康保險（以下稱本保險）有關法令，經停止特約（以下稱停約）或終止特約，期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。

三、與保險人有未結案件，且拒絕配合辦結。

四、對保險人負有債務未結清，且不同意由保險人於應支付之醫療費用中扣抵。

五、負責醫事人員因罹患疾病，經保險人實地訪查，並請相關專科醫師認定有不能執行業務之情事。

六、負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新。

七、容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。

第　五　條

Ⅰ 申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：

一、同址之機構最近五年內，受停約或終止特約二次以上。

二、終止特約執行完畢後五年內，再次受停約或終止特約。

三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。

Ⅱ 前項情事，已逾五年，經予以特約後，再有前項各款情事之一，不予特約。

Ⅲ 醫事機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就該部分之服務項目或科別，不予特約。

Ⅳ 第一項各款所定情事，屬部分服務項目或科別停約或終止特約者，應以五年內累計達五次或同一服務項目或科別累計達三次，始於五年內不予特約。

第　六　條

負有前條第一項第二款、第三款所定情事行為責任之醫事人員，於任何保險醫事服務機構對保險對象提供服務之費用，本保險不予支付。

第　七　條

Ⅰ 醫事機構申請特約，經審查合格後，保險人應與保險醫事服務機構依第二條所定之原則簽訂契約。

Ⅱ 前項契約應以定型化方式為之，其內容應每年檢討一次，如有修正，自下次續約日起適用。

Ⅲ 醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前五年內，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，且其申請

特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。

第　八　條

前條特約契約之效期為三年，效期期滿，保險醫事服務機構符合下列條件，未以書面通知保險人終止特約時，保險人得依本辦法規定續約之：

一、未有本辦法所定不予特約之情事。

二、特約期間未受違約記點，或曾受違約記點，已完成改善。

三、特約期間曾受停約，期滿後已完成改善。

四、依本法規定受罰鍰處分，其罰鍰已繳清。

五、未有第四條、第五條或第四十五條所定情事。

第　九　條

Ⅰ 醫院申請辦理保險住院給付之特約，應經醫院評鑑通過。精神復健醫事機構申請辦理精神疾病患者社區復健服務之特約，應經醫事機構評鑑通過。

Ⅱ 前項醫院於評鑑效期屆滿，經再評鑑結果異動時，保險人應依其異動後之評鑑結果，核定變更特約保險給付等級；未再參加評鑑或經再評鑑未通過時，其特約類別應變更為基層醫療單位。

Ⅲ 新設立之醫院未及參加當年主管機關依法令規定辦理之評鑑時，得由保險人參照醫院評鑑基準，專案認定其特約保險給付等級。

Ⅳ 除醫院以外之保險醫事服務機構依法令規定應參加中央衛生主管機關辦理之評鑑或訪查，經評定不合格或應參加而未參加時，應予終止特約。

## 第 三 章　保險醫事服務機構之規範

第　十　條

Ⅰ 保險醫事服務機構應將全民健康保險醫事服務機構之標誌，懸掛於明顯處所。

Ⅱ 保險醫事服務機構於停約或終止特約期間，應將前項標誌卸除。但停約或終止特約為部分服務項目或科別者，保險醫事服務機構應於掛號處所(含網路網頁)及其他明顯處所告示停約或終止特約之項目及期間。

第　十一　條

保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，應開給符合醫療法施行細則規定之收據，並於醫療費用收據上列印保險對象當次就醫之保險憑證就醫序號。

第　十二　條

保險醫事服務機構對於因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件之保險對象，除應先行提供其醫療服務外，並應留存繳費、退費紀錄。

第　十三　條

本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第十四條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。

第　十四　條

Ⅰ 保險醫事服務機構提供保險對象應自付差額之特殊材料，應向保險對象收取費用，並依下列規定辦理：

一、收費標準，應先報請所在地之衛生主管機關核定。

二、應自付差額之特殊材料品項及其費用、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較，應公布於服務機構網際網路或明顯之處所。

三、除緊急情況外，應於手術或處置前二日，將相關說明書交付予病患或其親屬，同時應向病患或其親屬詳細解說，並由病患或其親屬填寫自付差額之同意書一式兩份，一份交由病患收執，一份併同病歷保存。

Ⅱ 前項第三款說明書應載明自付差額品項費用及其產品特性、使用原因、應注意之事項、副作用，與本保險給付品項之療效比較等。同意書應載明自付差額品項名稱、品項代碼、醫療院所單價、數量及自付之差額。

第　十五　條

保險醫事服務機構提供保險對象本保險給付之手術、檢查及處置時，非因情況緊急或不可預期之情形，不得於手術、檢查及處置實施過程中徵詢或請病人、親屬使用本保險不給付之項目。

第　十六　條

保險醫事服務機構依本保險提供服務之有關帳冊、簿據之記載，應與向保險人申報者相符，並應保存五年。

第　十七　條

保險醫事服務機構之負責醫事人員因故不能執行業務逾三十日時，除已依其他法令報請原發開業執照機關備查者外，應自逾三十日之日起

十日內，報請保險人備查；備查事項變更時，亦同。

第　十八　條

保險醫事服務機構名稱變更，或公立醫療機構、醫療法人之醫療機構或法人附設之醫療機構變更負責醫師時，應檢具衛生主管機關核發之開業執照影本，向保險人辦理變更。

第　十九　條

保險人因保險有關業務之必要，得對保險醫事服務機構進行實地訪查。

第　二十　條

診所申請特約辦理本保險分娩給付，應經所在地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得申請剖腹產給付。

第　二十一　條

Ⅰ保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務，並以符合下列條件為限：

一、保險醫事服務機構提供一般門診診療服務應為特約醫院及診所；提供復健診療服務應為特約醫院及復健科診所。

二、於提供復健治療服務時，應依服務類別，指派符合醫療服務給付項目及支付標準規定之專科醫師及物理、職能、語言或聽力治療師（生）。

三、照護機構內設有符合醫療機構設置標準規定之診療空間（設施）；於辦理復健治療服務時，應依服務類別，設有符合物理、職能、語言或聽力治療所設置標準規定之設施。

四、應將照護機構內保險對象名冊，報經保險人備查。其名冊應每月更新一次。

Ⅱ 前項保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務。

第 二十二 條

Ⅰ 前條保險醫事服務機構指派醫師及必要之醫事人員，服務時段限制如下：

一、保險醫事服務機構之醫師提供一般門診及復健診療服務，每週合計以三個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以三個時段為限。

二、保險醫事服務機構之醫師提供收住達三百人以上之住宿型身心障礙福利機構之一般門診及復健診療服務，每週合計以六個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以六個時段為限。

三、保險醫事服務機構經核可至照護機構，提供保險一般門診及復健診療服務期間，其他保險醫事服務機構對同一照護機構，不得再申請本項服務。但科別不足之保險醫事服務機構，得商請其他之保險醫事服務機構共組團隊，前往照護機構提供整合性之醫療服務，並由主要保險醫事服務機構申報費用及管理其病歷。

Ⅱ 前項情形，同一時段提供診療服務之醫師、復健治療人員，各以一名為限。但屬於提供早療服務之照護機構，同一時段提供治療服務之復健治療人員，至多三名為限。

第 二十三 條

特約醫院聘有復健科、骨科或整形外科專任專科醫師、物理治療師及職能治療師，且其處方及裝配之義肢，符合藥事法令規定者，得予保險給付。但經依本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之規定認可者，得適用修正施行前之規定。

第 二十四 條

Ⅰ 保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。

Ⅱ 保險醫事服務機構得報經保險人同意，指派其所屬醫事人員至山地離島地區，以巡迴醫療方式為保險對象提供服務。

第 二十五 條

保險醫事服務機構不得無故拒絕為保險對象提供醫療服務，並不得向保險對象收取保證金。

第 二十六 條

Ⅰ 保險醫事服務機構間辦理保險對象之轉介（診），應依其醫療需要為之。

Ⅱ 提供保險對象住院診療之保險醫事服務機構，於其病情穩定，應出院或轉送慢性病房者，應予適當之處置及協助。

第 二十七 條

Ⅰ 特約醫院或診所得委託特約醫事檢驗所或特約醫事放射所辦理相關檢驗、檢查業務。

Ⅱ 特約物理治療所或職能治療所依物理治療師法或職能治療師法規定之業務範圍提供服務，應依特約醫院或診所之復健科、神經科、骨科、神經外科、整形外科或內科專科醫師開具之處方為之。

Ⅲ 前項內科專科醫師應經保險人認可之具有風濕病診療專長。

Ⅳ 第二項之職能治療所亦得依精神科專科醫師就其業務範圍開具之處方為之。

第 二十八 條

開業執照載有居家護理服務之護理之家，為其收容之保險對象提供居家照護，得申請該服務給付。

## 第 四 章　保險病房之設置

第 二十九 條

本法第四十七條所稱急性病房，指設有急性一般病床、隔離病床、特殊病床或精神急性一般病床之病房。

第 三十 條

本法第四十七條所稱慢性病房，指設有慢性一般病床（含慢性結核病床、漢生病病床）或精神慢性一般病床之病房。

第 三十一 條

特約醫院之病床，除應經所在地衛生主管機關核准登記外，應向保險人報請備查。

第 三十二 條

Ⅰ 本法第六十七條第一項所稱保險病房，指特約醫院提供保險對象住院診療，未收取病房費差額之病房。

Ⅱ 除下列病床外，保險醫事服務機構不得向保險對象收取病房費差額：

一、每病室設二床以下之急性病房。

二、每病室設二床以下之慢性病房。

第 三十三 條

Ⅰ 特約醫院保險病房之病床數，其占總病床之比率，於公立醫院之醫學中心、區域醫院、地區醫院應分別達百分之七十五以上；於非公立醫院應分別達百分之六十以上。

Ⅱ 前項比率，急性病房及慢性病房應分別計算之；其因硬體設施限制，未能符合者，應於六個月內，專案提改善計畫報保險人核定。

第 三十四 條

特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。

## 第 五 章　保險醫事服務機構之管理

第 三十五 條

保險醫事服務機構有下列情事之一，保險人應通知其限期改善：

一、未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者。

二、未協助保險人有關代辦勞工保險職業傷病醫療給付及強制汽車責任保險代位求償所需表單之收繳、填報等事宜者。
三、藥價調查申報資料錯誤，非屬故意者。
四、其他違反特約事項，非屬情節重大者。

第 三十六 條

保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：
一、未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。
二、違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定。
三、未依全民健康保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。但急診等緊急醫療事件於事後補繳驗保險憑證者，不在此限。
四、未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。
五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。
六、不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。
七、不當向保險對象收取自付差額品項之費用，超過保險人所訂之差額上限者。
八、違反本法第七十三條之規定者。
九、經保險人通知應限期改善而未改善。

第 三十七 條

Ⅰ 保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：

一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。

二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。

三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。

四、未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。

五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。

六、容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。

Ⅱ 前項應扣減金額，保險人得於應支付保險醫事服務機構之醫療費用中逕行扣抵。

第 三十八 條

保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月：

一、違反本法第六十八條、第八十條第一項規定，經保險人分別處罰三次後，再有違反。

二、違反依第三十六條規定受違約記點三次後，再有違反。

三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定之一。

四、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。

第 三十九 條

保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：

一、以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。

二、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。

三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。

四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。

五、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。

（全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十九條違約處分裁量基準）

第 四十 條

I 保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：

一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。

二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。

三、違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。

四、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大。

五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用。

六、依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。

Ⅱ 依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。

第 四十一 條

保險人對保險醫事服務機構有本法第八十一條第一項規定行為，依前條第一項第二款、第四款所為之處分，應就其服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實等公告於保險人網站，其公告期間為自處分發文日起至處分執行完畢。

第 四十二 條

Ⅰ 依第三十八條至第四十條規定所為之停約或終止特約，有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害，保險醫事服務

機構得報經保險人同意，僅就受處分範圍，以保險人第一次處分函發文日期之該保險醫事服務機構前一年受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住院業務申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約或終止特約期間。

Ⅱ 前項抵扣停約或終止特約期間之規定，於本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前，違反規定且未完成執行之案件，得適用之。

第 四十三 條

第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：

一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。

二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。

三、違約虛報點數超過十五萬點，並有虛報保險對象住院診療。

四、違約虛報點數超過二十五萬點。

第 四十四 條

保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；歇業或遷址者，應予終止特約。但於同一鄉（鎮、市、區）遷址，檢具異動後之開業執照影本通報保險人者，不在此限。

第 四十五 條

保險醫事服務機構於特約期間，有下列情事之一者，應予終止特約：

一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。

二、第五條第一項第二款或第三款之一。

第 四十六 條

保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減(還)之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。

第 四十七 條

Ⅰ 保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

Ⅱ 前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。

第 四十八 條

Ⅰ 保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。

Ⅱ 保險人應於收到前項申請書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原處置。

## 第六章　附則

第　四十九　條

保險醫事服務機構積欠保險費或滯納金，經通知仍未繳納者，保險人得以應支付之醫療費用抵扣。

第　五十　條

Ⅰ 第四十五條第二款違約累計，自本辦法中華民國九十一年十二月三十日修正施行之日前已核定停止特約、終止特約者，不計入累計。

Ⅱ 第五條第一項第二款、第三款、第四項及第四十五條第二款停約及終止特約之計算於本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之違規事項，每一保險醫事服務機構或醫事人員以一次計；同時受停約及終止特約處分者，停約不列計。

第　五十一　條

依本辦法所為之裁處，應審酌裁量違反行政法上義務行為、目的、應受責難程度、所生影響，作為違約處理之基準。

第　五十二　條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

第三條附表：醫事機構申請特約應檢具文件一覽表

| 機構 / 文件 | 一<br>醫院及診所 | 二<br>藥局 | 三<br>醫事檢驗所 | 四<br>醫事放射所 | 五<br>物理治療所 | 六<br>職能治療所 | 七<br>開業執照再有居家護理之護理之家 | 八<br>居家護理機構 | 九<br>助產機構 | 十<br>精神復健機構 | 十一<br>居家呼吸照護所 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 一 | 申請書 | | | | | | | | | | |
| 二 | 負責醫事人員（負責人）之身分證明文件 | | | | | | | | | | |
| 三 | 負責醫事人員證書、（負責人）開業執照及執業執照 | | | | | | | | | | |
| 四 | 申請辦理住院診療業務之醫院，除新設立者外，應檢附評鑑等級證明文件 | | | 可發生游離輻射設備證照、放射性物質證照 | | | | | | | |
| 五 | 所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件，暨相關負責醫事人員經衛生主管機關認定，並符合本辦法規定之執業年資證明 | 所聘藥事人員之執業執照及身分證明文件 | 所聘醫事檢驗人員之執業執照及身分證明文件；設置醫事放射部門者，應含所聘醫事放射師或醫事放射士之執業執照及身分證明文件 | 所聘醫事放射師或醫事放射士之執業執照及身分證明文件；設置醫事檢驗部門者，應含所聘醫事檢驗師或醫事檢驗生之執業執照及身分證明文件 | 所聘物理治療之執業執照及身分證明文件 | 所聘職能治療人員之執業執照及身分證明文件 | 所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件 | | 所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件 | 所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件 | 所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件 |
| 六 | 負責醫師及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶；屬法人之醫事服務機構，則以其機構名稱開立戶名；屬公立醫事服務機構，則以其機構名稱或國庫機關專戶名稱開立戶名 | 負責藥師或藥劑生及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶 | 負責醫事檢驗師或醫事檢驗生及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶 | 負責醫事放射師或醫事放射士及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶 | 負責物理治療師及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶 | 負責職能治療師及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶 | 負責人及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶；屬法人之醫事服務機構，則以其機構名稱開立戶名；屬公立醫事服務機構，則以其機構名稱或國庫機關專戶名稱開立戶名 | | 負責助產人及醫事機構開立金融機帳戶 | 負責人及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶；屬法人之醫事服務機構，則以其機構名稱開立戶名；屬公立醫事服務機構，則以其機構名稱或國庫機關專戶名稱開立戶名 | 負責人及醫事服務機構名義開立金融機構帳戶；屬法人之醫事服務機構，則以其機構名稱開立戶名；屬公立醫事服務機構，則以其機構名稱或國庫機關專戶名稱開立戶名 |
| 七 | 費用劃撥轉帳申請表 | | | | | | | | | | |
| 八 | 扣繳單位設立（變更）登記申請書 | | | | | | | | | | |
| 九 | 登錄保險憑證相關電腦設備之購置證明及安全模組申請表 | | | | | | | | | | |
| 十 | 其他申請特約之相關文件 | | | | | | | | | | |

備註：所檢具各項文件，除第七項外，如為正本經保險人查證後發還。

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

中華民國 101 年 11 月 1 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660266 號令訂定發布全文 12 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 108 年 2 月 25 日衛生福利部衛部保字第 1081260067 號令修正第 6 條、第 12 條

第　一　條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。

第　二　條

保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次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（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。

第　三　條

本會議召開時，應邀請下列代表參加：

一、主管機關代表一人。

二、專家學者二人。

三、被保險人代表二人。

四、雇主代表二人。

五、保險醫事服務提供者代表三十一人。

第　四　條

本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。

第　五　條

第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

一、醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)推派代表，其名額如下：

(一)醫院總額推派十二人。

(二)西醫基層總額推派六人。

(三)牙醫門診總額推派一人。

(四)中醫門診總額推派一人。

二、下列醫事團體之代表各一人：

(一)中華民國醫師公會全國聯合會。

(二)台灣醫院協會。

(三)中華民國牙醫師公會全國聯合會。

(四)中華民國中醫師公會全國聯合會。

(五)中華民國護理師護士公會全國聯合會。

(六)中華民國藥師公會全國聯合會。

(七)中華民國物理治療師公會全國聯合會。

(八)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。

(九)中華民國助產師助產士公會全國聯合會。

(十)中華民國醫事放射師公會全國聯合會。

(十一)其他醫事服務機構。

第　六　條

第三條及前條代表，應依下列方式產生：

一、主管機關代表：由該機關指派。

二、專家學者：由保險人遴選。

三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派各一人，其餘由保險人遴選。

四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：

（一）醫院總額，由台灣醫院協會推派。

（二）西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。

（三）牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。

（四）中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。

五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。

第　七　條

Ⅰ 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

Ⅱ 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。

Ⅲ 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。

第　八　條

Ⅰ 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。

Ⅱ 被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。

第　九　條

本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

第　十　條

Ⅰ 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

Ⅱ 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。

第　十一　條

Ⅰ 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：

一、利益揭露聲明書。

二、會議議程。

三、會議內容實錄。

Ⅱ 前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

第　十二　條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，自發布日施行。

# 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

中華民國 84 年 1 月 23 日行政院衛生署 ( 84 ) 衛署健保字第 84005446 號令訂定發布全文 12 條

中華民國 89 年 12 月 29 日行政院衛生署 ( 89 ) 衛署健保字第 0890036465 號令修正發布全文 32 條 ; 並自發布日起實施

中華民國 90 年 2 月 23 日行政院衛生署 ( 90 ) 衛署健保字第 0900011849 號令修正發布第 4 條之附表一之四、一之六、二之三、二之五、三之三、三之五

中華民國 91 年 3 月 22 日行政院衛生署 ( 91 ) 衛署健保字第 0910021418 號令修正發布全文 34 條 ; 並自發布日施行

中華民國 95 年 2 月 9 日行政院衛生署衛署健保字第 0952600038 號令修正發布第 7、10、10-1、28 條條文 ; 並增訂第 10-3 條條文

中華民國 96 年 6 月 26 日行政院衛生署衛署健保字第 0962600298 號令修正發布第 6、7、10 條條文及第 16 條條文之附表二

中華民國 98 年 11 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 0982660202 號令修正發布第 14 ~ 16 條條文 ; 增訂第 15-1 條條文

中華民國 100 年 1 月 13 日行政院衛生署衛署健保字第 1002660002 號令修正發布第 6 條條文

中華民國 100 年 12 月 16 日行政院衛生署衛署健保字第 1002660241 號令修正發布第 16 條條文之附表二

中華民國 101 年 12 月 24 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660308 號令修正發布名稱及全文 34 條 ; 並自 102 年

1月1日施行(原名稱：全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法)

中華民國 103 年 12 月 22 日衛生福利部衛部保字第 1031260858 號令修正發布第 3、34 條條文；增訂第 33-1 條條文；並自發布日施行

中華民國 107 年 3 月 14 日衛生福利部衛部保字第 1071260121 號令修正發布第 5、10、12、13、22 條條文及第 22 條附表二

## 第一章 總則

第一條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六十三條第三項規定訂定之。

第二條

Ⅰ 本辦法所定醫療費用申報及核付，包括醫療費用申報、暫付、抽查、核付、申復等程序及時程。

Ⅱ 本辦法所定醫療服務審查，包括程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析。

## 第二章 醫療費用申報及核付

第三條

Ⅰ 保險醫事服務機構向保險人申報醫療費用，應檢具完整之醫療費用申報表單。

Ⅱ 前項表單不完整或填報有錯誤者，保險人應敘明理由通知更正，更正完成，即予受理，並依規定之時程採電子資料申報。

Ⅲ 醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供，其提供複製本或電子資料送審者，應與正本相符。

第 四 條

保險醫事服務機構當月份之醫療服務案件費用申報，應於次月二十日前為之。採電子資料申報者，得分一日至十五日及十六日至月底兩段為之。採網路或電磁紀錄申報者，並應於次月五日及二十日前，檢送醫療費用申報表單。

第 五 條

Ⅰ 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。

Ⅱ 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。

第 六 條

Ⅰ 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。

二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。

三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。

四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

Ⅱ 前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

Ⅲ 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第 七 條

Ⅰ 保險醫事服務機構已依第四條規定期限申報者，保險人應於收到申報文件之日起，依下列期限暫付：

一、電子資料申報者：十五日內。

二、書面申報者：三十日內。

Ⅱ 採電子資料網路申報者，以保險人收到傳送醫療費用申報表單之日期為暫付期限起算日期。但書面醫療費用申報表單送達保險人之日期較電子傳送日逾五日者（不含例假日），以書面醫療費用申報表單送達之日算起。

第 八 條

Ⅰ 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且有第三條第二項情形須更正者，保險人應於下列期限內，通知保險醫事服務機構：

一、電子資料申報受理日起十日內。

二、書面申報受理日起二十日內。

Ⅱ 自保險人通知日起，保險醫事服務機構於十日內補正者，保險人依第六條及第七條規定辦理暫付事宜，其暫付期限之計算以補正資料送達日起算。

第 九 條

Ⅰ 保險醫事服務機構未依第四條規定期限申報者，申報當月不予暫付，如無正當理由，並列為異常案件審查。

Ⅱ 延遲申報超過三十日者，保險人之核付期限，得不受第十條第一項之限制。

第 十 條

Ⅰ 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。

Ⅱ 前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：

一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。

二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。

三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

Ⅲ 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

Ⅳ 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。

第 十一 條

Ⅰ 保險醫事服務機構申報醫療費用，有第三條第二項情事須補件更正者，其六十日核付期限，自資料補正送達日起算。

Ⅱ 保險人依第三條第三項規定，通知保險醫事服務機構檢送病歷或診療證明文件等資料，保險醫事服務機構應於接獲通知日起七日內（不含例假日）完成；逾七日完成者，依其補件送達日起六十日內辦理核付；逾六十日未完成者，

保險人得逕行辦理醫療費用點數核定，並予以核付。

第 十二 條

Ⅰ 保險醫事服務機構申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。

Ⅱ 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。

第 十三 條

保險醫事服務機構如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。

第 十四 條

本辦法第六條及第十條所稱預估點值，依下列原則辦理：

一、點數：依受理當月送核及補報之申請點數計算，加計預估核減率。

二、跨區就醫比例：一至六月以前一年上半年跨區就醫比例估算，七至十二月以前一年下半年跨區就醫比例估算。

第 十五 條

保險醫事服務機構發生下列情形之一者，保險人得對其最近申報月份之費用，停止暫付：

一、經保險人通知應提供之病歷或診療相關證明文件，自文到日起十四日內（不含例假日）未完整提供者。

二、已暫付之門診醫療費用申報資料填寫不完整或錯誤之件數達該月份案件百分之三者。

三、已暫付之住院醫療費用申報資料填寫不完整或錯誤之件數達該月份案件百分之十者。

第 十六 條

保險醫事服務機構有下列各款情形之一者，保險人應於應扣減及應核扣金額之範圍內，停止醫療費用之暫付及核付：

一、停止特約或終止特約者。

二、虛報、浮報醫療費用，案經檢察官提起公訴者。

三、特約醫院、診所，涉有容留未具醫師資格之人員為保險對象診療、處方；特約藥局，涉有容留未具藥事人員資格之人員為保險對象調劑藥品；特約醫事檢驗或放射所，涉有容留未具醫事檢驗或醫事放射人員資格之人員為保險對象檢驗或施行放

射業務；特約物理或職能治療所，涉有容留未具物理或職能治療人員資格之人員為保險對象提供物理或職能服務。經保險人訪查事證明確或移檢調單位偵辦中者。

第 十七 條

保險醫事服務機構因涉有虛報、浮報醫療費用，經保險人訪查事證明確或檢調單位偵（調）查中者，保險人得斟酌涉嫌虛、浮報之額度，核定暫付及核付成數與其執行期間。

## 第 三 章　程序審查及專業審查

第 十八 條

Ⅰ 保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：

一、保險對象資格。

二、保險給付範圍。

三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。

四、申報資料填載之完整性及正確性。

五、檢附資料之齊全性。

六、論病例計酬案件之基本診療項目。

七、事前審查項目。

八、其他醫療費用申報程序審查事項。

Ⅱ 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。

第 十九 條

保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：

一、治療與病情診斷不符。

二、非必要之連續就診。

三、治療材料之使用與病情不符。

四、治療內容與申報項目或其規定不符。

五、非必要之檢查或檢驗。

六、非必要之住院或住院日數不適當。

七、病歷記載不完整，致無法支持其診斷與治療內容。

八、病歷記載內容經二位審查醫藥專家認定字跡難以辨識。

九、用藥種類與病情不符或有重複。

十、用藥份量與病情不符。

十一、未依臨床常規逕用非第一線藥物。

十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。

十三、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。

十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。

十五、論病例計酬案件之診療項目，移轉至他次門、住診施行。

十六、論病例計酬案件不符出院條件，而令其出院。

十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

第 二十 條

Ⅰ 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由：

一、非必要住院。

二、非必要之主手術或處置。

三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。

四、病情不穩定，令其出院。

五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。

Ⅱ 前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：

一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。

二、次診斷碼、處置碼不適當。

第二十一條

保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理。

第二十二條

Ⅰ 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。

Ⅱ 前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。

Ⅲ 隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

Ⅳ 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。

Ⅴ 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減或補付作業之計算基礎。

Ⅵ 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。

第二十三條

Ⅰ 專業審查由具臨床或相關經驗之醫藥專家依本辦法及相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。

Ⅱ 前項專業審查，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫藥專家召開會議審查。

第二十四條

辦理審查業務，審查醫藥專家應持客觀、公正態度，並遵守下列事項：

一、不得洩漏因審查所知悉或持有之內容。

二、不得將各類審查案件攜出審查場所。

三、對審查其本人或配偶所服務之保險醫事服務機構及其三親等內血親、姻親所設立

之保險醫事服務機構醫療服務案件時，應予迴避。

四、未經保險人同意，不得以審查醫藥專家之名義參加保險人以外團體所舉辦之活動。

## 第 四 章　事前審查

第二十五條

Ⅰ　保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準辦理事前審查。

Ⅱ　前項事前審查，保險人應於受理保險醫事服務機構送達申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視為同意。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

Ⅲ　應事前審查項目，除情況緊急，保險醫事服務機構未經保險人核定即施行時，保險人得不予支付費用。

## 第 五 章　實地審查

第二十六條

保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同。

第二十七條

保險人依前條規定赴特定之保險醫事服務機構進行實地審查，應先函知，並洽各該機構派員陪同。

第二十八條

保險人於實地審查結束後，應將審查結果製成審查紀錄，並通知保險醫事服務機構。

第二十九條

保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核。

## 第 六 章　檔案分析

第 三十 條

保險人得就保險醫事服務機構醫療費用申報資料，依醫事服務機構別、科別、醫師別、保險對象別、案件分類、疾病別或病例別等，分級分類進行該類案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等之檔案分析，並得依分析結果，予輔導改善，經輔導一定期間未改善者，保險人得採立意抽樣審查、加重審查或全審，必要時得移送查核。

第三十一條

Ⅰ 保險醫事服務機構醫療費用申報資料，經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，保險人應依該指標處理方式不予支付。

Ⅱ 前項不予支付指標及處理方式，由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。

## 第 七 章　附則

第三十二條

Ⅰ 保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。

Ⅱ 保險人應於受理申復文件之日起六十日內核定，其核定日期之計算，需要保險醫事服務機構提供個案病歷或診療相關證明文件者，以保險醫事服務機構將相關資料送達保險人之日起算。

第三十三條

Ⅰ 前條申復案件不得交由原審查醫藥專家複審，必要時得會同原審查醫藥專家說明。保險人不得再就同一案件追扣其費用。

Ⅱ 保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議會申請審議。

第三十三條之一

Ⅰ 保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。

Ⅱ 前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。

第三十四條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，自發布日施行。

**第六條附表一**　核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下：

| 核減率 | 暫付成數 | |
|---|---|---|
| | 網路、電磁紀錄申報 | 書面申報 |
| ○% | 九成五 | 八成五 |
| 低於二・五%(含) | 九成二五 | 八成五 |
| 二・五%(不含)～五%(不含) | 九成 | 八成五 |
| 五%(含)～一○%(不含) | 八成五 | 八成五 |
| 一○%(含)～一五%(不含) | 八成 | 七成五 |
| 一五%(含)～二○%(不含) | 七成五 | 七成五 |
| 二○%(含)～二五%(不含) | 七成 | 六成五 |
| 二五%(含)～三○%(不含) | 六成五 | 六成五 |
| 三○%(含)～三五%(不含) | 六成 | 五成五 |
| 三五%(含)～四○%(不含) | 五成五 | 五成五 |
| 四○%(含)以上 | 不暫付 | 不暫付 |

## 第二十二條附表二　全民健康保險保險醫事服務機構醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算方式

一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣

(一)論人歸戶抽樣

| 抽樣分類 | 抽樣類別 | 抽樣人數 | | | 備註 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 申報人數 | 人數抽樣率 | 樣本人數 | |
| 門診 | 西醫基層 | 1-500<br>501以上 | 1/100<br>1/100 | 1.以申報人數＊人數抽樣率(採四捨五入)計算樣本人數。<br>2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽)；中醫樣本人數最少10人(不足10人，則依實際申報人數全抽)；牙醫樣本人數最少10人(不足10人，則依實際申報人數全抽)。 | 1.抽樣類別排除洗腎、代辦案件，以病人為抽樣單位，由電腦按人歸戶後，進行隨機抽樣。<br>2.樣本病人之全部案件，除排除案件外，均列入抽樣案件送審。 |
| | 中醫 | 1-250<br>251以上 | 1/50<br>1/50 | | |
| | 牙醫 | 1-150人<br>151以上 | 1/15<br>1/15 | | |

(二)論件抽樣

| 抽樣分類 | 抽樣類別 | 抽樣件數 | | | | 備註 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 門診 | | 申報件數 | 抽樣率 | 調整數 | 樣本數 | 1.西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分列。<br>2.各抽樣類別之最少抽樣件數20件。<br>3.不列入隨機抽審案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、一般案件（案件分類：01、11、21)、代辦案件、論病例計酬案件（案件分類c1）及經電腦程序審查需整件核減者。 |
| | 西醫<br>中醫 | 1－10000<br>10001以上 | 1/100<br>1/100 | 0<br>100 | 1-200<br>201以上 | |
| | 牙醫 | 1—1000<br>1001以上 | 1/10<br>1/20 | 0<br>50 | 1-100<br>101以上 | |
| 住院 | 內科系 | 申報件數 | 抽樣率 | 調整數 | 樣本數 | 1.左列各科系含括科別如下：<br>內科系：內科、家庭醫學科、神經科、放射線科、核醫科、結核科、洗腎科等。<br>外科系：外科、神經外科、整型外科、麻醉科、病理科。<br>小兒科系：小兒科<br>婦產科系：婦產科<br>骨科系：骨科、復健科<br>其他科系：泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、牙科、中醫<br>2.各抽樣類別之最少抽樣件數十件。<br>3.不列入抽樣審查案件：高額、特定醫療案件(案件分類3)、論病例計酬案件(案件分類2)、住院診斷關聯群案件(案件分類5)及經電腦程序審查需整件核減者。 |
| | 外科系<br>小兒科系<br>婦產科系<br>骨科系<br>其他科系 | | 1/15 | | | |

二、回推方式：得採無設定回推上限值或設定回推上限值。

(一)適用無設定回推上限值者

1.總核減點數

| | |
|---|---|
| 總核減點數 | 總核減點數=回推核減點數＋不回推核減點數<br>1. 回推核減點數=〔(總合計點數)－(極端值未參與之合計點數)〕×(核減率)＋(極端值未參與之核減點數)。<br>2. 不回推核減點數=(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)＋(不列入抽樣審查案件核減點數)。 |
| 案件數之計算 | 1. 抽審案件核減點數之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之１４%、住診以全部抽審案件數之１４%計算(四捨五入)。<br>2. 所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為Ｍ１(合計點數Ｔ１)、Ｍ２(Ｔ２)、Ｍ３(Ｔ３)、…、Mn(Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、…、N/(N+1)。 |
| 極端值未參與之合計點數 | Σ(Tn)〔(N+1-n)/(N+1)〕 |
| 核減率 | $\frac{\Sigma(Mn)〔n/(N+1)〕+\Sigma(\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\Sigma(Tn)〔n/(N+1)〕+\Sigma(\text{其他非極端值案件之合計點數})}$ |
| 極端值未參與之核減點數 | Σ(Mn)〔(N+1-n)/(N+1)〕 |
| 備註 | 1. 非依第二十二條採隨機抽樣審查之案件，其核減點數不回推計算。<br>2. 各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、住診少於十件，該抽樣類別單獨計算核減點數(即為全審不回推)，不併入計算回推核減率。<br>3. 核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。<br>4. 總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 |

2.申復或爭議審議總補付點數

| | |
|---|---|
| 總補付點數 | (抽樣審查案件補付點數)＋(極端值未參與之補付點數)＋(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付點數)＋(不列入抽樣審查案件補付點數) |
| 補付率 | $\frac{(\text{極端值申復案件參與之補付點數})+(\text{非極端值申復案件補付點數})}{(\text{抽樣樣本極端值案件參與之核減點數})+(\text{抽樣樣本非極端值案件核減點數})}$ |
| 抽樣審查案件補付點數 | {〔(總合計點數)－(極端值未參與之合計點數)〕×(核減率)}×補付率 |
| 備註 | 1. 補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。<br>2. 總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 |

(二)適用設定回推上限值者

1.總核減點數

| | |
|---|---|
| 總核減點數 | 總核減點數=回推核減點數＋不回推核減點數<br>1.回推核減點數，就下列兩項計算，取其最低值：<br>(1)〔(總合計點數)－(極端值未參與之合計點數)〕×(核減率)＋(極端值未參與之核減點數)。<br>(2)(回推核減之加總點數)×(指定回推倍數上限值)＋(極端值未參與之核減點數)。<br>2.不回推核減點數=(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)+(不列入抽樣審查案件核減點數)。 |
| 案件數之計算 | 1.抽審案件核減點數之極端值案件數Ｎ，門診以全部抽審案件數之１４%、住診以全部抽審案件數之１４%計算(四捨五入)。<br>2.所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為Ｍ１(合計點數Ｔ１)、Ｍ２(Ｔ２)、Ｍ３(Ｔ３)、…、Mn(Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、…、N/(N+1)。 |
| 極端值未參與之合計點數 | Σ(Tn)〔(N+1-n)/(N+1)〕 |
| 核減率 | $\frac{\Sigma(Mn)〔n/(N+1)〕+\Sigma(\text{其他非極端值案件之核減點數})}{\Sigma(Tn)〔n/(N+1)〕+\Sigma(\text{其他非極端值案件之合計點數})}$ |
| 極端值未參與之核減點數 | Σ(Mn)〔(N+1-n)/(N+1)〕 |
| 備註 | 1.非依第二十二條採隨機抽樣審查之案件，其核減點數不回推計算。<br>2.各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、住診少於十件，該抽樣類別單獨計算核減點數(即為全審不回推)，不併入計算回推核減率。<br>3.核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。<br>4.總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 |

2.申復或爭議審議總補付點數

| | |
|---|---|
| 總補付點數 | 總補付點數=申復或爭議審議後總核減點數－總核減點數<br>1.申復或爭議審議後總核減點數，就下列兩項計算，取其最低值：<br>(1)〔(總合計點數)－(極端值未參與之合計點數)〕×(申復或爭議審議後之核減率)＋(極端值未參與之核減點數)＋(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)＋(不列入抽樣審查案件核減點數)。<br>(2)(回推核減之加總點數)×(指定回推倍數上限值)＋(極端值未參與之核減點數)＋(案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數)＋(不列入抽樣審查案件核減點數)。<br>2.總補付點數數值：<br>(1)為負值時，向全民健康保險醫事服務機構補付差異點數。<br>(2)為正值時，該數值歸零。 |

| | |
|---|---|
| 案件數之計算 | 1.申復或爭議審議後抽審案件核減點數之極端值案件數Ｎ，門診以全部抽審案件數之１４％、住診以全部抽審案件數之１４％計算（四捨五入）。<br>2.申復或爭議審議後所有核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為Ｍ１（合計點數Ｔ１）、Ｍ２（Ｔ２）、Ｍ３（Ｔ３）、…、Mn（Ｔn），於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、…、N/(N+1)。 |
| 極端值未參與之合計點數 | Σ（Tn）〔(N+1-n)／(N+1)〕 |
| 申復或爭議審議後之核減率 | $\frac{\Sigma（Mn）〔n／(N+1)〕+\Sigma（其他非極端值案件之核減點數）}{\Sigma（Tn）〔n／(N+1)〕+\Sigma（其他非極端值案件之合計點數）}$ |
| 極端值未參與之核減點數 | Σ（Mn）〔(N+1-n)／(N+1)〕 |
| 備註 | 1.申復或爭議審議後之核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。<br>2.總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 |

# 全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法

中華民國 101 年 11 月 1 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660242 號令訂定發布全文 12 條；並自 102 年 1 月 1 日施行

中華民國 103 年 9 月 10 日衛生福利部衛部保字第 1031260522 號令修正發布第 4、12 條條文；並自發布日施行

中華民國 108 年 5 月 9 日衛生福利部衛部保字第 1081260156 號令修正發布第 4 條條文

第 一 條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。

第 二 條

保險人為辦理藥物給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每二個月召開一次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。

第 三 條

I 保險人辦理下列事項之擬訂，應於本會議先行討論：

一、全民健康保險藥物收載原則。

二、全民健康保險藥物支付標準訂定原則。

三、全民健康保險新藥及新功能類別特材給付項目。

四、全民健康保險新藥及新功能類別特材支付標準。

五、其他與全民健康保險藥物給付項目及支付標準之有關事項。

Ⅱ 保險人辦理下列事項之結果，應於本會議提出報告：

一、全民健康保險藥物給付項目與支付標準新品項藥品及既有功能類別特材之初核情形。

二、其他有關全民健康保險已給付藥物支付標準異動之初核情形。

第　四　條

Ⅰ 本會議召開時，應邀下列代表出席：

一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人。

二、專家學者九人，其中具專科醫學背景者至少四人。

三、被保險人代表三人。

四、雇主代表三人。

五、保險醫事服務提供者代表人數如下：

(一)中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會，各一人。

(二)台灣醫院協會一人。

(三)醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人。

Ⅱ 前項代表應依下列方式產生：

一、機關代表：由該機關指派。

二、專家學者：由保險人遴選。

三、被保險人及雇主代表：由保險人洽請相關團體推薦後遴選之。

四、保險醫事服務提供者代表：由相關團體推派。

Ⅲ 保險人得洽請相關團體，分別推派藥物提供者代表三人、病友團體代表二人，列席本會議；列席人員無表決權。

第　五　條

本會議主席，由保險人指派高階主管或就專家學者代表指定一人擔任。

第　六　條

Ⅰ 本會議代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關、團體出任者，應隨其本職進退。

Ⅱ 本會議代表違反本辦法之規定，且情節重大者，經本會議決議，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第四條規定辦理。

第　七　條

本會議於討論特定藥物是否納入給付或給付變更時，依本法第四十一條第二項規定，得邀請該藥物提供者與相關之專家、病友團體代表列席表示意見。

第　八　條

本會議之議案，未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

第　九　條

本會議代表於首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

第　十　條

本會議之代表有下列情事之一者，應自行迴避相關議案之討論，並於當次會議召開前，填具個案迴避聲明書提交保險人：

一、行政程序法第三十二條所定各款情事之一。

二、前款以外之程序外接觸且自認對議案討論足生影響。

三、前二款以外之其他特殊事由且自認對議案討論足生影響。

第　十一　條

Ⅰ 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：

一、利益揭露聲明書。

二、會議議程及併附之醫療科技評估報告。

三、會議內容實錄。

Ⅱ 前項第二款事項應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

第　十二　條

Ⅰ 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本辦法修正條文，自發布日施行。

# 全民健康保險藥物給付項目及支付標準



中華民國 88 年 3 月 30 日行政院衛生署衛署健保字第 88010730 號公告訂定全文 3 點

中華民國 98 年 9 月 22 日行政院衛生署署授保字第 09800000810 號令修正發布全文 5 點；並自即日生效

中華民國 99 年 7 月 5 日行政院衛生署署授保字第 09900002350 號令修正發布第 3 點條文

中華民國 99 年 9 月 24 日行政院衛生署署授保字第 09900003170 號令修正發布第 5 點條文之全民健康保險藥品支付價格暨品項表；並自即日生效

中華民國 100 年 3 月 31 日行政院衛生署署授保字第 10000001072 號令修正發布第 5 點條文之全民健康保險藥品支付價格暨品項表；並自即日生效

中華民國 101 年 2 月 10 日行政院衛生署署授保字第 10100000470 號令修正發布第 1、3、4 點條文

中華民國 101 年 6 月 4 日行政院衛生署署授保字第 10100001702 號令修正發布第 5 點條文之全民健康保險藥品支付價格暨品項表；並自 101 年 1 月 1 日施行

中華民國 101 年 12 月 28 日行政院衛生署衛署健保字第 1010027598 號令修正發布名稱及全文 85 條；並自 102 年 1 月 1 日施行（原名稱：全民健康保險藥價基準）

中華民國 102 年 8 月 29 日衛生福利部衛部保字第 1021280084 號令修正發布第 18、20、21、33、85 條條文；增訂第 17-1、33-1、52-1～52-3、53-1 條條文；並自發布日施行

中華民國 103 年 4 月 14 日衛生福利部衛部保字第 1031260234 號令修正發布第 79 條條文附件二～第 84 條條文附件七；並自 103 年 1 月 1 日施行

中華民國 103 年 6 月 17 日衛生福利部衛部保字第 1031260402 號令修正發布第 4、11、17-1、19、21、22、33 條條文；並增訂第 12-1、33-2 條條文

中華民國 103 年 9 月 25 日衛生福利部衛部保字第 1031260607 號令修正發布第 4、22～25、33～33-2、69、75 條條文；並增訂第 53-2 條條文

中華民國 103 年 12 月 5 日衛生福利部衛部保字第 1031260811 號令修正發布第 4、52-2、52-3 條條文

中華民國 104 年 4 月 23 日衛生福利部衛部保字第 1041260244 號令修正發布第 85 條條文及第 79 條附件二、第 80 條附件三、第 81 條附件四、第 82 條附件五、第 83 條附件六、第 84 條附件七，除第 79 條附件二至第 84 條附件七之施行日期由主管機關另定者外，自發布日施行；中華民國 104 年 4 月 23 日衛生福利部衛部保字第 1041260244A 號令有關第 79 條附件二、第 80 條附件三、第 81 條附件四、第 82 條附件五、第 83 條附件六、第 84 條附件七，定自 104 年 1 月 1 日生效

中華民國 104 年 7 月 3 日衛生福利部衛部保字第 1041260408 號令修正發布第 4、26、33、33-1 條條文；增訂第 12-2、61-1～61-4 條條文及第三編第三章之一

中華民國 105 年 3 月 10 日衛生福利部衛部保字第 1051260064 號令修正發布第 12、14、22、25、33、33-1、35、36、50、52-2 條條文；增訂第 6-1、32-1 條條文；並刪除第 23、24 條條文

中華民國 105 年 4 月 22 日衛生福利部衛部保字第 1051260257 號令修正發布第 79 條附件二、第 80 條附件三、第 81 條附件四、第 82 條附件五、第 83 條附件六、第 84 條附件七；並自 105 年 1 月 1 日生效

中華民國105年7月21日衛生福利部衛部保字1051260388號令修正發布第41～44、46條條文；並增訂第35-1、35-2條條文

中華民國105年12月6日衛生福利部衛部保字第1051260701號令修正發布第17-1條條文

中華民國106年2月14日衛生福利部衛部保字第1061260044號令修正發布第4、17、22、33、34、35條條文

中華民國106年5月10日衛生福利部衛部保字第1061260187號令修正發布第79條附件二、第80條附件三、第81條附件四、第82條附件五、第83條附件六、第84條附件七；並自106年1月1日生效

中華民國107年6月12日衛生福利部令衛部保字第1071260272號令修正發布第6、6-1、15、22、32-1、39、53-2條條文

中華民國107年9月19日衛生福利部衛部保字第1071260410號令修正發布第41～44、46條條文及第二編第三章章名；增訂第44-1、44-2條條文；並刪除第45條條文

中華民國108年5月29日衛生福利部衛部保字第1081260214號令修正發布第79條附件二、第80條附件三、第81條附件四、第82條附件五、第83條附件六、第84條附件七；並自108年1月1日生效

中華民國108年8月1日衛生福利部衛部保字第1081260287號令修正發布第52-2條條文

中華民國109年1月2日衛生福利部衛部保字第1081260518號令修正發布第61-2條條文

中華民國109年1月30日衛生福利部衛部保字第1091260006號令增訂發布第52-4條條文

中華民國 109 年 5 月 25 日衛生福利部衛部保字第 1091260207 號令修正發布第 79 條條文之附件二、第 80 條條文之附件三、第 81 條條文之附件四、第 82 條條文之附件五、第 83 條文之附件六、第 84 條條文之附件七；並自 109 年 1 月 1 日生效

中華民國 109 年 6 月 8 日衛生福利部衛部保字第 1091260217 號令修正發布第 4、11、62～66 條條文及第四編編名

中華民國 110 年 7 月 30 日衛生福利部衛部保字第 1101260216 號令修正發布第 79 條條文之附件二、第 80 條條條文之附件三、第 81 條條文之附件四、第 82 條條條文之附件五、第 83 條條文之附件六、第 84 條條文之附件七；並自 110 年 1 月 1 日生效

中華民國 110 年 8 月 13 日衛生福利部衛部保字第 1101260250 號令修正發布第 4 條條文

# 第 一 編　總則

第　一　條

全民健康保險藥物給付項目及支付標準（以下稱本標準）係依據全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第二項訂定。原則上，每年檢討一次。

第　二　條

全民健康保險支付及給付之藥物，以記載於本標準者為限。

第　三　條

Ⅰ 本標準所列特殊材料項目係指於相關診療項目收費外，可向保險人另行申報之項目。

Ⅱ 本標準未列項目之支付價格已包含於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關手術材料

費、處置費、麻醉費或檢查費項目支付點數內，不另支付。

第　四　條

Ⅰ 本標準未收載之品項，由藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，檢具本保險藥物納入給付建議書，向保險人建議收載。新藥及新功能類別特殊材料品項者，其建議書應含財務衝擊分析資料，經保險人同意後，始得納入支付品項。前述未收載品項，保險人應依本標準之收載及支付價格訂定原則，並經全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱藥物擬訂會議）擬訂後，暫予收載。

Ⅱ 前項屬本標準附件三所列不分廠牌別編列代碼之特殊材料者，藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構無須向保險人建議收載；保險醫事服務機構按其所提供之特殊材料類別，不分廠牌，依本標準所列代碼申報費用。

Ⅲ 未符合國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範（以下稱PIC/S GMP）之藥品，不得建議收載。

Ⅳ 中藥藥品項目收載及異動，由符合第十一條第一項第三款藥品許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，向保險人提出建議收載，經藥物擬訂會議擬訂後，由保險人暫予收載；異動時亦同。

Ⅴ 依第三十三條之二以同分組藥品之支付價格核價者，得不經藥物擬訂會議，由保險人暫予收載。

Ⅵ 藥品取得主管機關核發之查驗登記技術與行政資料審核通過核准函者，可先行向保險人建議收載。

Ⅶ 未領有藥物許可證且屬特殊藥品、罕見疾病藥物或屬國內短缺藥物，經主管機關核准專案進口或專案製造之藥物，可向保險人建議收載。

Ⅷ 保險人每年將暫予收載結果，報請主管機關公告收載於本標準中。

第　五　條

經保險人暫予收載或調整支付價格之品項，或增修之給付規定，於主管機關公告收載或修正前，暫依保險人收載或調整結果支付。

第　六　條

有關保險人暫予收載之生效日期如下：

一、新建議收載之品項或增修之藥物給付規定：當月十五日前（含）同意者，於次月一日生效；當月十五日後同意者，於次次月一日生效。

二、已收載品項調整支付價格者：

(一)依同意日起算，次次一季一日生效；惟屬配合本法第四十六條及本標準第三編第三章、第五編之藥物支付價格調整者，其時間不在此限。

(二)個案特別處理案件，自通知新藥物價格至新藥物價格實施生效，給予一個月緩衝期。

三、經主管機關核定專案生效，或短缺藥物且具醫療急迫性者，得不受前二款限制。

第六條之一

Ⅰ 本標準收載之藥物，其藥物許可證逾期或經主管機關註銷、廢止者，自保險人通知日之次次月一日起取消給付。但有下列情形之一者，依下列原則辦理：

一、有特殊醫療急迫性或無替代品者，經廠商檢附主管機關核定之文件後，延長給付日期至該品項最後一批之有效期限截止日之前一季第一個月一日。

二、許可證逾期之藥物，經廠商檢具許可證效期申請展延中、變更或涉及藥事法尚未辦理完成之文件者，自原訂取消給付日起延長給付六個月，必要時得再延長。

三、註銷或廢止原因如與藥物之安全或療效有關者，自主管機關公告註銷或廢止日起取消給付。

Ⅱ 本標準收載之藥物，屬國內短缺藥物而專案進口或專案製造者，如逾給付期限仍有剩餘，且有替代品項，得依下列原則辦理：

一、該品項支付價格或點數小於等於其他已收載同成分劑型藥品、同功能或類似功能類別特殊材料者，得延長給付日期至該品項最後一批之有效期限截止日之前一季第一個月一日。

二、該品項支付價格或點數大於其他已收載同成分劑型藥品、同功能或類似功能類別特殊材料者，提藥物擬訂會議討論。

第　七　條

每一特殊材料品項每半年申復以一次為限，申復案件自保險人回復函文到之日起六個月內，同品項不得再提申復。

第　八　條

特材管理費用按實際核付特材費用之百分之五支付，惟最高上限不得超過一千五百點，如係整組使用者，應以整組計價後加計。

第　九　條

特材管理費用包括特材耗損、包裝、高壓滅菌、倉儲、管理等費用。

第　十　條

義肢項目支付價格包括人員、設備、材料、裝置、管理及行政作業成本等費用，不得另行加計特材管理費用。

# 第二編　藥品

## 第一章　健保藥品收載原則

第十一條

I 可建議納入全民健康保險給付之藥品如下：

一、主管機關核准通過查驗登記並取得藥品許可證之藥品，且其許可證類別為下列之一者：

(一) 限由醫師使用。
(二) 須由醫師處方使用。
(三) 由醫師或檢驗師使用。
(四) 限由牙醫師使用。
(五) 限由麻醉醫師使用。
(六) 限由眼科醫師使用。
(七) 限由醫師及牙醫師使用。

二、醫師指示用藥依法不在全民健康保險給付範圍，原前公、勞保核准使用之指示用藥，經醫師處方暫予支付。但保險人應逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍。

三、中藥藥品：

(一)依中藥新藥查驗登記須知之規定，依「藥品優良臨床試驗規範(GCP)」進行臨床試驗，且通過新藥查驗登記(NDA)各項審查作業，取得主管機關核發藥品許可證之新藥。

(二)主管機關核准經由藥品優良製造規範(GMP)中藥廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限。但屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議同意者，不在此限。

Ⅱ 前項中藥藥品支付應依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理。

第 十二 條

Ⅰ 全民健康保險不予給付之藥品如下：

一、主管機關核准屬避孕用藥、生髮劑、黑斑漂白劑、戒菸用貼片、洗髮精等非屬醫療所必需者。

二、預防接種所用之疫苗。

三、經保險人認定，非屬醫療所必需或缺乏經濟效益者。

四、不符藥品許可證所載適應症及本標準藥品給付規定者。惟特殊病例得以個案向保險人申請事前審查，並經核准後給付。

五、其他經主管機關公告不給付之藥品。

Ⅱ 對於醫藥團體提出臨床實證於療效上有疑慮之藥品，於保險人接獲相關事證後，經藥物擬訂會議審議，得先暫停給付，自保險人公告日至實施生

效，給予三個月緩衝期，俟藥物主管機關確認其無療效上疑慮後之次月，始得恢復給付。

第十二條之一

本標準收載之藥品品項，有替代性品項可供病人使用且符合下列情形之一者，保險人得將該品項不列入健保給付範圍一年：

一、藥商以高於支付價供應予本保險特約醫事服務機構，經通知許可證持有藥商改善，仍未改善者。

二、許可證持有藥商因故不再供應且未於六個月前通報保險人者。有不可抗力因素，致無法供應時，未於該發生日起十日內通報保險人。

第十二條之二

本標準已收載之藥品品項，如連續五年以上無醫令申報量，且有替代性品項可供病人使用者，該品項不列入本標準。但如有特殊情形，藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構得向保險人提出說明，並提藥物擬訂會議審議。

第　十三　條

含於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關費用不另支付之品項如下：

一、清潔劑、賦型劑、放射線製劑、診斷用藥。

二、其他經全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準明列內含於相關費用，不另支付之品項。

## 第 二 章　健保藥品支付價格訂定原則

第 十四 條

新建議收載全民健康保險藥品之分類如下：

一、新藥：指新建議收載之品項，於本標準收載品項中，屬新成分、新劑型、新給藥途徑及新療效複方者。

（一）第 1 類新藥：藥品許可證之持有商須提出與現行最佳常用藥品之藥品－藥品直接比較（head-to-head comparison）或臨床試驗文獻間接比較（indirect comparison），顯示臨床療效有明顯改善之突破創新新藥。倘該藥品為有效治療特定疾病之第一個建議收載新藥，而無現有最佳治療藥品可供比較，則可用該疾病現行標準治療（如：外科手術、支持性療法等）做為療效比較之對象；前述臨床療效包含減少危險副作用。

（二）第 2 類新藥：

1. 第 2A 類：與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善（moderate improvement）之新藥。
2. 第 2B 類：臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。

二、本標準已收載成分、劑型之新品項：

（一）複方及特殊規格藥品

1. 水、醣類及電解質補充調節液
2. 氨基酸及注射營養劑
3. 綜合維生素
4. 綜合感冒藥

5.制酸劑

(二)其他處方藥品

1.原開發廠藥品：

⑴原開發公司之母廠或子廠所生產之同一成分、劑型及劑量之產品。

⑵具有原開發公司以書面授權在本國委託製造或共同販售，且在授權期間所產、售之同一成分、劑型及劑量之產品。

2.BA/BE 學名藥品：實施生體可用率或生體相等性(BA/BE)實驗，並經主管機關認可之藥品。

3.一般學名藥品：其他非屬 BA/BE 學名藥之學名藥品。

三、生物相似性藥品：經主管機關依生物相似性藥品之相關查驗登記規定核准認定之藥品。

第 十五 條

原開發廠藥品之認定標準如下：

一、原開發公司係指該藥品之有效成分取得成分專利之公司。

二、同一原開發公司製造之產品，授權在臺由不同公司取得藥品許可證販售者。在臺製造或共同販售之公司，應提供原開發公司載明有效期間之書面授權文件，並須送交我國駐外單位簽證。

三、複方藥品之原開發公司必須為擁有全部有效成分之專利權或經專利權人授權者。

四、廠商應檢附下列相關文件之一，始得認定為原開發廠藥品：

(一) 該藥品之有效成分具專利之證明文件，以中華民國專利為優先，若非為中文版本，則需提供經政府立案之翻譯社所翻譯之中文譯本。

(二) The Merck Index 最新版記載該公司為該品項成分專利權人之影本，如有必要，應提供專利證明文件。

第 十六 條

BA/BE 學名藥品之認定標準如下：

一、生體相等性（BE）試驗：BE 試驗計畫經主管機關核准通過實施，並取得該試驗報告之同意或核備函者。

二、生體可利用率（BA）併臨床試驗：同時符合下列各項：

(一) BA 試驗計畫經主管機關核准通過實施，並取得該報告之同意或核備函。

(二) 臨床試驗計畫經主管機關核准通過實施，並取得該報告之同意或核備函；或於藥品許可證上有已執行臨床試驗之註記。

三、BA/BE 學名藥品委託他廠製造時，須經主管機關核准委託他廠製造或變更製造廠，並檢附主管機關核發得以取代 BE 學名藥品或變更前後藥品無安全療效差異所核發可視為 BA/BE 學名藥品之認定函。

四、一般學名藥品委託他廠製造時，使用被委託廠持有同分組之 BA/BE 學名藥品之相同配方、製程（含設備）製造時，除應取得該同分組藥品之 BE 試驗報告或 BA 併臨床試驗報告同意核備函及其授權書，併同時檢具主

管機關核發二者配方、製程（含設備）均相同之證明函。

第 十七 條

Ⅰ 新藥支付價格之訂定原則如下：

一、第 1 類新藥：以十國藥價中位數核價。對於致力於國人族群特異性療效及安全性之研發，在國內實施臨床試驗達一定規模，以十國藥價中位數之 1.1 倍（即加算百分之十）核價。

二、第 2 類新藥：

（一）以十國藥價中位數為上限。

（二）得依其臨床價值改善情形，從下列方法擇一核價：

1. 十國藥價最低價
2. 原產國藥價
3. 國際藥價比例法
4. 療程劑量比例法
5. 複方製劑得採各單方健保支付價格合計乘以百分之七十，或各單方同成分規格藥品支付價格之中位數合計乘以百分之七十，或單一主成分價格核算藥價。

（三）依前二目核價原則計算後，符合下列條件者，得另予加算，但仍不得高於十國藥價中位數：

1. 對於致力於國人族群特異性療效及安全性之研發，在國內實施臨床試驗達一定規模者，加算百分之十。
2. 在國內進行藥物經濟學（PE）之臨床研究者，最高加算百分之十。

三、屬第一款及前款第三目之加算條件者，如作為核價參考品，其參考價格應依下列原則取其最低價：

(一) 以第一次列入本標準之支付價格，扣除第一款及前款第三目加算條件加計之金額。

(二) 現行支付價格。

四、建議收載二項以上同成分劑型但不同規格之藥品，依前三款核價方式核價後，其餘品項得採規格量換算法計算藥價。

Ⅱ 前項新藥得適用本標準第三十三條第一款規定。

第十七條之一

Ⅰ 在我國為國際間第一個上市，且具臨床價值之新藥，得自下列方法，擇一訂定其支付價格：

一、參考市場交易價。

二、參考成本計算法。廠商須切結所提送之成本資料無誤，且須經保險人邀集成本會計、財務及醫藥專家審議。

三、參考核價參考品或治療類似品之十國藥價，且不得高於該十國藥價中位價。

Ⅱ 前項具臨床價值之範圍，包括增進療效，減少不良反應或降低抗藥性。

第 十八 條

第十七條國際藥價比例法及療程劑量比例法之執行方式如下：

一、國際藥價比例法：

(一) 分別計算十國新藥與核價參考品之藥價比值，並取各國藥價比值之中位數乘以核價參考品之健保藥價，計算該新藥之健保價格。

(二)若可供參考之藥價比值國家數為奇數，取最中間一國藥價比值為之；若為偶數，取最中間二國藥價比值之平均值為之。

二、療程劑量比例法：

(一)依新藥療程劑量及參考品療程劑量及單價，計算每單位新藥之初始藥價。

(二)依療程劑量比例法核價者，得考慮新藥與參考品之療效、安全性及方便性，以下列方式加算：

1. 比核價參考品療效佳，並有客觀證據（evidence base）者，最高加算百分之十五。
2. 比核價參考品安全性高，並有客觀證據者，最高加算百分之十五。
3. 在使用上，較核價參考品更具方便性者，如用藥間隔較長、用藥途徑較優、療效與安全性監測作業較簡化、安定性較穩定、效期較長、攜帶方便、調製較方便、使用較方便、安全包裝者，最高加算百分之十五。
4. 具臨床意義之兒童製劑者，最高加算百分之十五。

第 十九 條

新藥之核價參考品選取原則如下：

一、依解剖治療化學分類系統（Anatomical Therapeutic Chemical classification，ATC classification）為篩選基礎。

二、原則上以同藥理作用或同治療類別之藥品為選取對象。

三、若有執行臨床對照試驗（head-to-head comparison）之藥品，列為重要參考。

四、新藥經藥物擬訂會議審議認屬第 2A 類新藥者：

(一)依選取參考品之同成分規格之原開發廠藥品為核算基準。

(二)核價參考品以最近五年收載之療效類似藥品為主要參考。

第 二十 條

Ⅰ 第 1 類或第 2 類新藥以十國藥價中位數或最低價核價者，其查有藥價之國家少於或等於五國，應自新藥收載生效之次年起，逐年於每年第四季以十國藥價檢討支付價，至有藥價之國家多於五國之次年或以十國藥價業檢討五次為止。原藥價高於以原核價方式所計算之新價格時，應調整至原核價方式所計算之新價格，並於次年一月一日生效;原藥價低於以原核價方式所計算之新價格時，維持原藥價。

Ⅱ 依第十七條之一第三款以參考類似品之十國藥價核價者，比照前項規定辦理。

第二十一條

對於致力於國人族群特異性療效及安全性之新藥研發，在國內實施臨床試驗達一定規模之認定基準，為下列條件之一：

一、比照藥品查驗登記審查準則第三十八條之一規定：新藥之研發階段，在我國進行第一期（Phase Ⅰ）及與國外同步進行第三期樞紐性臨床試驗（Phase III Pivotal Trial），或與國外同步在我國進行第二期臨床試驗

（Phase II）及第三期樞紐性臨床試驗（Phase III Piv-otal Trial），且符合下列基準者：

（一）試驗性質屬第一期（Phase I），如藥動學試驗(PK study)、藥效學試驗(PD study)或劑量探索試驗（Dose finding study）等，我國可評估之受試者人數至少十人為原則。

（二）第二期（Phase II）之臨床試驗，我國可評估之受試者人數至少二十人為原則。

（三）第三期樞紐性臨床試驗（Phase III Pivotal Trial），我國可評估之受試者人數至少八十人為原則，且足以顯示我國與國外試驗結果相似。

二、比照藥品查驗登記審查準則第三十八條之二第二項第四款規定：有十大醫藥先進國家之一參與之多國多中心第三期臨床試驗(Phase III study)，且其試驗報告為向美國食品藥物管理局（Food and Drug Administration, FDA）或歐洲醫藥品管理局（European Medicines Agency,EMA）申請查驗登記之臨床資料，並符合下列條件之一者：

（一）單次試驗總受試者人數二百人以上，我國可評估之受試者人數至少三十人為原則，或我國受試者占總人數百分之五以上。

（二）單次試驗總受試者人數未滿二百人，我國可評估之受試者人數至少十人為原則。

第二十二條

新品項藥品支付價格之訂定原則如下：

一、同一成分劑型藥品之價格，以常用劑量為計算基準，當劑量為倍數時，其支付價格以不超過倍數之九成為原則。

二、屬藥物許可證換證之新品項：

(一)於舊證註銷日三個月以內提出建議者：得延用舊證藥品之價格。

(二)於舊證註銷日起超過三個月提出建議者：視同新品項，依本標準第四條之程序辦理。

三、建議收載之規格量，應以藥品許可證登載之「包裝種類」為限。

四、外用液劑、外用軟膏劑、口服液劑等劑型，非屬本標準已收載之規格量品項：

(一)本標準已收載同一張許可證不同規格之品項者，依個別藥品之仿單、世界衛生組織(WHO)之ATC網站之每日劑量換算給付合理天數，作為是否收載之依據，但以仿單之用法、用量為優先，其支付價格以最近似之高低規格量換算，取最低價核算。

(二)醫療必須使用之特殊規格，必要時提請臨床醫師及醫、藥專家提供專業認定。

(三)屬新複方製劑，與已收載品項無同分組者，依新藥核價程序處理。

五、授權在臺製造或販售之原開發廠藥品，如經停止授權，應依其所屬藥品分類予以重新核價。

六、全靜脈營養輸液按醫療機構提供之全靜脈營養處方箋中，所使用本標準已收載品項之用

量，乘以各品項每毫升之藥價單價，加總後之藥價，再換算該全靜脈營養輸液每毫升之藥價（四捨五入至小數點第二位）核算。

七、新品項核價參考品之價格所依據之時間點，依新品項預計之生效日為準；如其參考品之價格於該時間點已有後續即將調整價格之資訊時，核算二個先後生效之支付價格。

八、屬本標準第十四條第二款第二目，且為二種有效成分以上之複方製劑之核價原則如下：

（一）新品項之單位含量組成與本標準已收載同成分劑型品項之單位含量組成，具比例關係且等於一時，依本標準第二十七條至第三十三條辦理。

（二）新品項之單位含量組成與本標準已收載同成分劑型品項之單位含量組成，具比例關係且非等於一時，取下列條件之最低價：

1. 單位含量組成具比例關係之同成分劑型品項最低價，以規格量換算後價格。
2. 該品項或同單位含量組成之原開發廠藥品之十國藥價最低價。
3. 同單位含量之各單方藥品最低價（各單方以同廠牌藥品之健保支付價優先）合計乘以百分之七十後價格。
4. 廠商建議價格。

（三）新品項之單位含量組成與已收載同成分劑型品項之單位含量組成，不具比例關係時，取下列條件之最低價：

1. 該品項或同單位含量組成之原開發廠藥品之十國藥價最低價。

2. 以同單位含量之各單方藥品最低價（各單方以同廠牌藥品之健保支付價優先）合計乘以百分之七十後價格。

3. 廠商建議價格。

九、新品項屬成分性質或配方改變，經醫、藥專家認定與本標準已收載同成分劑型品項具相同療效者，得依該核價參考品之療程劑量及單價，核算其支付價格。

十、新品項之成分、劑型，如與已收載之罕見疾病用藥相同，但其適應症非屬罕見疾病者，其核價參考品及核價方式得經醫、藥專家建議後，提藥物擬訂會議討論，併同檢討已收載之同成分、劑型藥品。

第二十三條　（刪除）

第二十四條　（刪除）

第二十五條

具標準包裝之藥品，指交付病人自行使用之口服錠劑、膠囊劑藥品，其包裝符合藥事法第七十五條及藥品查驗登記審查準則第二十條相關規定，具有下列可讓民眾清楚辨識藥品之條件如下：

一、交付病人之藥品包裝為主管機關核准之包裝；或交付病人鋁箔片裝之藥品，其藥品每一片鋁箔紙上所刊印之內容符合藥品查驗登記審查準則相關規定。

二、慢性病之藥品為常用包裝規格之包裝數，以供藥事人員以藥品原包裝提供予病人。

三、前述包裝均應完整呈現可供病患或其家屬辨識之藥品資訊，如藥品中文名稱、藥品英文

名稱、含量、有效期間，若能更明確提供服用日期者尤佳（如星期一至星期日）。

第二十六條

I 下列複方及特殊規格藥品以同類品最低價支付，且不得高於所列之支付上限價：

一、水、醣類及／或電解質補充調節液

（一）醣類注射液

| 規格／支付上限價／濃度 | 500mL | 1000mL |
|---|---|---|
| 5% | 31.5 元 | 56.7 元 |
| 10% | 31.5 元 | 56.7 元 |
| 20% | 35.0 元 | - |
| 50 % | 63.0 元 | - |
| 10% Maltose | 143.0 元 | - |

（二）電解質或醣類電解質注射液

| 類別 | 規格 | 支付上限價 |
|---|---|---|
| Saline Solution | 500 mL | 31.5 元 |
| Dextrose+Saline | 500 mL | 31.5 元 |
| Ringers Solution | 500 mL | 31.5 元 |
| Lactated Ringers | 500 mL | 40.0 元 |
| Lactated Ringers +醣類 | 500 mL | 60.0 元 |
| Lactated Ringers + Maltose | 500 mL | 130.0 元 |
| 醣類 + 電解質溶液 | 400 mL<br>800 mL | 60.0 元<br>108.0 元 |

附註：此處所稱“醣類”係指 Dextrose 或 Maltose 以外之任何種類醣類，包括 Fructose、Xylitol、Sorbitol 等。

二、胺基酸及注射營養劑

(一)胺基酸大型注射液

| 類別 | 規格 | 支付上限價 |
|---|---|---|
| 一般胺基酸注射液 | | |
| 濃度小於或等於 3% | 500mL | 200 元 |
| 濃度大於 3%小於或等於 5% | 500mL | 220 元 |
| 濃度大於 5%小於或等於 7% | 500mL | 240 元 |
| 濃度大於 7% | 500mL | 310 元 |
| 肝疾病用胺基酸注射液 | 500mL | 630 元 |

(二)脂肪乳劑

| 規格 / 支付上限價 / 濃度 | 100mL | 200-250mL | 500mL |
|---|---|---|---|
| 10% | 242.0 元 | 384.0 元 | 630.0 元 |
| 20% | 380.0 元 | 435.0 元 | - |

三、制酸劑：

(一)口服錠劑、膠囊、顆粒：支付上限價 2.0 元

(二)單一劑量包裝之懸浮液：支付上限價 10.0 元／包

(三)瓶裝懸浮劑液

| 類別 | 支付上限價 |
|---|---|
| 一般懸浮劑液 | 1.2 元/5mL |
| 添加 Simethicone | 1.5 元/5mL |
| 添加 Oxethazine | 1.9 元/5mL |

四、綜合感冒藥：

(一)口服錠劑、膠囊、顆粒：支付上限價 4.0 元

(二)糖漿劑：

| 類別 | 支付上限價 |
| --- | --- |
| 不含植物抽提物或 Codeine | 0.2 元/mL |
| 含植物抽提物 | 0.3 元/mL |
| 含 Codeine | 0.45 元/mL |

五、綜合維生素：

(一) 口服：支付上限價 3.0 元

(二) 注射：支付上限價 15.0 元／毫升

Ⅱ 前項含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液，以同分組每單位熱量單價之最低價格為基準，經總熱量換算後之價格與廠商建議價格相較，取其低者為支付價格。

第二十七條

新品項屬原開發廠藥品之同藥品分類支付價格訂定原則如下：

一、原開發廠藥品在國內已有實施 BA/BE 之同成分規格藥品者，分為監視中藥品與非監視中藥品：

(一) 監視中藥品：以該品於十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

(二) 非監視中藥品：以該品於十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。

二、原開發廠藥品其在國內沒有實施 BA/BE 之同成分規格藥品者，以該品於十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

三、上述所稱十大先進國家藥價係指英國、德國、日本、瑞士、美國、比利時、澳洲、法國、瑞典、加拿大等十國藥價並加上匯率予以換算得之。有關參考各國之藥價公定書及匯率，由保險人定期公布。

第二十八條

新品項屬原開發廠藥品之同藥品分類核價方式如下：

一、本標準未收載同成分、劑型原開發廠藥品者，取下列條件之最低價：

(一) 同規格原開發廠藥品於十大先進國家藥價中位數或中位數之 0.85 倍為支付價格上限：

1. 本標準已收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品，且原開發廠藥品非屬於監視中藥品，以十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。

2. 本標準未收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品或本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品屬於監視中藥品者，以十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

(二) 廠商建議價格。

二、本標準有收載具同成分、劑型原開發廠藥品者：

(一) 有同規格原開發廠藥品者，取下列條件之最低價：

1. 同規格原開發廠藥品最低價。

2. 同規格原開發廠藥品於十大先進國家藥價中位數或中位數之 0.85 倍為支付價格上限：

⑴本標準已收載實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品非屬於監視中藥品，

以十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。

⑵本標準未收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品或本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品屬於監視中藥品者，以十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

3. 廠商建議價格。

(二) 無同規格原開發廠藥品者：

1. 有收載同規格學名藥品，取下列條件之最低價：

⑴原開發廠藥品最低價規格量換算後價格。

⑵同規格原開發廠藥品於十大先進國家藥價中位數或中位數之 0.85 倍為支付價格上限：

本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品非屬於監視中藥品，以十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。

本標準未收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品或本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品屬於監視中藥品者，以十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

⑶廠商建議價格。

2. 無收載同規格學名藥品者：

⑴劑量與國際藥價具一定比例關係（國際藥價比值中位數於劑量比率之 ±30% 間，且無任一國際藥價比值＝1）者，取下列條件之最低價：

原開發廠藥品最低價規格量換算後價格。

同規格原開發廠藥品於十大先進國家藥價中位數或中位數之 0.85 倍為支付價格上限：

A. 本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品非屬於監視中藥品，以十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。

B. 本標準未收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品或本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品屬於監視中藥品者，以十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

廠商建議價格。

⑵劑量與國際藥價無一定比例關係（國際藥價比值中位數不在劑量比率之 ±30% 間，或一國以上國際藥價比值＝1）：

廠商建議價低於藥價比例法及原開發廠藥品最低價規格換算，取下列條件之最低價：

原開發廠藥品最低價規格量換算後價格。

同規格原開發廠藥品於十大先進國家藥價中位數或中位數之 0.85 倍為支付價格上限：

A. 本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品非屬於監視中藥品，以十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。

B. 本標準未收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品或本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品屬於監視中藥品者，以十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

廠商建議價格。

廠商建議價不低於藥價比例法及原開發廠藥品最低價規格換算，提藥物擬訂會議討論。

第二十九條

新品項屬 BA/BE 學名藥品之同藥品分類支付價格訂定原則如下：

一、新建議收載通過 BA/BE 藥品，以不高於本標準收載之已實施 BA/BE 之同成分、規格、劑型、劑量之最低支付價格核價。

二、學名藥品如實施 BE 後，可重新建議核價。

三、BA/BE 以不超過同成分原開發廠藥品支付價格為原則。

第 三十 條

新品項屬 BA/BE 學名藥品之同藥品分類核價方式如下：

一、有收載同規格 BA/BE 學名藥品或原開發廠藥品者，取下列條件之最低價：

(一) 同規格原開發廠藥品最低價之百分之八十或百分之九十：

1. 原開發廠藥品尚在專利期內或仍屬監視期中藥品者，以同規格原開發廠藥品最低價之百分之八十為支付價格。

2. 其他條件者，以同規格原開發廠藥品最低價之百分之九十為支付價格。

(二) 同規格 BA/BE 學名藥品最低價。

(三) BE 對照品藥價。

(四) 廠商建議價格。

二、未收載同規格 BA/BE 學名藥品及原開發廠藥品：

(一) 有收載不同規格 BA/BE 學名藥品或原開發廠藥品者，取下列條件之最低價：

1. 原開發廠藥品最低價規格量換算後價格之百分之八十或百分之九十：

(1) 原開發廠藥品尚在專利期內或仍屬監視期中藥品者，以原開發廠藥品最低價規格量換算後價格之百分之八十為支付價格。

(2) 其他條件者，以原開發廠藥品最低價規格量換算後價格之百分之九十為支付價格。

2. BA/BE 學名藥品最低價規格量換算後之價格。
3. 同規格原開發廠藥品十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍。
4. BE 對照品藥價。
5. 廠商建議價格。

(二) 未收載不同規格 BA/BE 學名藥品及原開發廠藥品者：

1. 同規格原開發廠藥品有國際藥價者，取下列條件之最低價：
   (1)同規格原開發廠藥品應核算藥價之百分之八十或百分之九十：
      原開發廠藥品尚在專利期內或仍屬監視期中藥品者，以同規格原開發廠藥品應核算藥價之百分之八十為支付價格。
      其他條件者，以同規格原開發廠藥品應核算藥價之百分之九十為支付價格。
   (2)BE 對照品藥價。
   (3)廠商建議價格。
2. 同規格原開發廠藥品無國際藥價者，取下列條件之最低價：
   (1)同規格一般學名藥最高價；一般學名藥無同規格時，依最高價規格量換算後之價格。
   (2)BE 對照品藥價。
   (3)廠商建議價格。

第三十一條

新品項屬一般學名藥品之同藥品分類支付價格訂定原則如下：

一、新建議收載之藥品，以不高於本標準收載一般學名藥之同成分、規格、劑型、劑量之最低支付價格核價。

二、一般學名藥品之支付價格，不得大於 BA/BE 之藥品支付價格，且不高於原開發廠藥品支付價格之百分之八十為原則。

第三十二條

新品項屬一般學名藥品之同藥品分類核價方式如下：

一、有收載同規格一般學名藥、BA/BE 學名藥品或原開發廠藥品者，取下列條件之最低價：

(一) 同規格一般學名藥最低價。

(二) 同規格 BA/BE 學名藥最低價。

(三) 同規格原開發廠藥品藥價之百分之八十。

(四) 廠商建議價格。

二、未收載同規格一般學名藥、BA/BE 學名藥及原開發廠藥品者，取下列條件之最低價：

(一) 一般學名藥最低價規格量換算後之價格。

(二) BA/BE 學名藥最低價規格量換算後之價格。

(三) 原開發廠藥品最低價規格量換算後價格之百分之八十。

(四) 同規格原開發廠藥品於十大先進國家藥價中位數或中位數之 0.85 倍為支付價格上限：

1. 本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品非屬於監視中藥品，以十大先進國家藥價中位數之 0.85 倍為支付價格上限。
2. 本標準未收載有實施 BA/BE 之同成分劑型藥品或本標準已收載有實施 BA/BE 同成分劑型藥品，且原開發廠藥品仍屬監視中藥品者，以十大先進國家藥價中位數為支付價格上限。

(五) 廠商建議價格。

第三十二條之一

生物相似性藥品之核價方式如下：

一、有收載同成分規格生物相似性藥品或原開發廠藥品或參考藥品者，取下列條件之最低價：
(一) 本標準已收載原開發廠藥品或參考藥品最低價之〇・八五倍。
(二) 原開發廠藥品或參考藥品在十國藥價中位數最低價之〇・八五倍。
(三) 該藥品在十國藥價中位數之〇・八五倍。
(四) 已收載生物相似性藥品之最低價。
(五) 廠商建議價格。

二、未收載同成分規格生物相似性藥品、原開發廠藥品及參考藥品者，取下列條件之最低價：
(一) 本標準已收載原開發廠藥品或參考藥品最低價規格量換算後價格之〇・八五倍。
(二) 原開發廠藥品或參考藥品在十國藥價中位數最低價之〇・八五倍。
(三) 該藥品在十國藥價中位數之〇・八五倍。

(四)已收載生物相似性藥品規格量換算後之最低價。

(五)廠商建議價格。

第三十三條

新品項藥品基本價之核價方式如下：

一、劑型別基本價如下，但經醫、藥專家認定之劑型或包裝不具臨床意義者，不適用之：

(一)錠劑或膠囊劑，為一·五元；具標準包裝，為二元。

(二)口服液劑，為二十五元。

(三)一百毫升以上未滿五百毫升之輸注液，為二十二元、五百毫升以上未滿一千毫升之大型輸注液，為二十五元、一千毫升以上之大型輸注液，為三十五元。

(四)含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑，為二十五元。

(五)前二目以外之其他注射劑，為十五元。

(六)栓劑，為五元。

(七)眼用製劑，為十二元。一日以內用量包裝之眼藥水，為四元。

(八)口服鋁箔小包(顆粒劑、粉劑、懸浮劑)，為六元。

(九)軟膏或乳膏劑，為十元。

二、同分組基本價按下列條件之最高價格核價：

(一)同分組最高價藥品價格之〇·八倍，與同分組之PIC/S GMP品項之最低價，二項方式取其最低價。

(二)劑型別基本價。

(三)以同藥品分類之核價方式核算之藥價。

（四）原品項之現行健保支付價。

三、下列品項不適用前二款之核價方式：

（一）指示用藥。

（二）含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液。

（三）健保代碼末二碼為 99 之品項。

第三十三條之一

Ⅰ本標準中華民國一百零五年三月十日修正施行時，依修正前第二十四條規定條件收載者，其原料藥具備藥品主檔案（Drug Master File,DMF）或便民包裝條件有異動時，由保險人依下列原則重新核價：

一、以同分組健保代碼第二碼為 C 之最低價核價；同分組無健保代碼第二碼為 C 者，以原健保支付價之〇・八倍核價。但不得高於同分組健保代碼第二碼為 A 或 B 之藥品支付價格。

二、屬全民健康保險藥品價格調整作業辦法第二十一條規定調整之同成分、同劑型藥品，以本標準收載之同分組且符合 PIC/S GMP 藥品之支付價格核價。

Ⅱ前項重新核給健保代碼及藥品價格之生效方式，依本標準新品項規定辦理;原健保支付價應歸零，其生效方式，自保險人公布日至實施生效，給予一個月緩衝期。

Ⅲ藥廠之 GMP 證明被廢止、註銷或失效前所生產之藥品，未經主管機關認定不得販售者，得繼續支付。但藥品經主管機關認定不得販售者，自主管機關函知保險人之發文日起，暫停支付，暫停支

付後六個月內，廠商未檢附製造許可移轉經主管機關核定或備查之證明文件者，取消該品項之健保給付。

Ⅳ 第一項及前項支付價格處理結果，由保險人公布生效後，提藥物擬訂會議告。

第三十三條之二

符合PIC/S GMP之新品項，屬全民健康保險藥品價格調整作業辦法第二十一條規定調整之同成分、同劑型藥品，其藥品支付價格訂定原則如下：

一、以本標準收載之同分組且符合PIC/S GMP藥品之支付價格核價，不適用本標準第二十六條至第三十三條規定。

二、若無同分組之PIC/S GMP藥品作為核價參考品，依本標準第二十六條至第三十二條規定核價。

三、適用本標準第二十五條標準包裝藥品之訂價原則及劑型別基本價。

四、下列品項不得作為核價參考品：

(一) 健保代碼末二碼為99之品項。

(二) 指示用藥。

(三) 因藥品市場實際交易價格調查未申報或不實申報而尚於支付價格調降期間之藥品。

第三十四條

有關罕見疾病用藥、不可替代特殊藥品及特殊藥品原則上尊重市場價格，其成分、劑型及規格為本標準已收載之品項，因匯率或成本變動等因素致支付價格不敷成本者，由藥商或醫藥團體視需要提出建議。適用之藥品如下：

一、罕見疾病用藥：經主管機關公告為罕見疾病用藥，已收載於本標準或新建議納入收載者。
二、不可替代特殊藥品：於治療特定適應症無其他成分藥品可供替代之特殊藥品，並經藥物擬訂會議認定者。
三、特殊藥品：本標準已收載品項，非屬不可替代但具臨床價值，且相較於其他可替代成分藥品價格便宜，並經藥物擬訂會議認定者。

第三十五條

I 前條藥品之支付價格訂定原則如下：

一、屬本標準已收載成分、劑型新品項之核價，依本標準新品項支付價格訂定原則辦理。屬專案進口或專案製造者及其同成分劑型第一個取得許可證者，提藥物擬訂會議討論。
二、罕見疾病用藥屬新藥者，得依下列方式核價：
（一）依本標準新藥支付價格訂定原則辦理。。
（二）參考該品項或國外類似品之十國藥價：
1. 每月申報金額小於等於五十萬元者，以十國藥價中位數加百分之二十為上限價。
2. 每月申報金額大於五十萬元、小於等於一百萬元者，以十國藥價中位數加百分之十為上限價。
3. 每月申報金額大於一百萬元者，以十國藥價中位數為上限價。
（三）參考成本價：
1. 進口產品依其進口成本(含運費、保險費、關稅、報關費用、特殊倉儲保管費)，國內製造產品則依其製造成本(不含研發費用)加計下列管銷費用為上限價：

(1)每月申報金額小於等於五十萬元者，加計百分之五十。

(2)每月申報金額大於五十萬元、小於等於一百萬元者，加計百分之四十。

(3)每月申報金額大於一百萬元者，加計百分之三十。

2. 領有藥物許可證者，得加計繳納藥害救濟徵收金比率及營業稅。

三、因匯率或成本變動等因素，致不敷成本，廠商可提出調高健保支付價格之建議，由保險人提藥物擬訂會議討論，其訂定方式得依前款第二目及第三目之規定辦理。

Ⅱ 本標準已收載未領有藥物許可證之罕見疾病用藥，應於三年內取得藥物許可證或主管機關認定其安全及療效無虞之證明文件，未於期限內取得相關文件者，取消給付，但取得美國或歐盟上市許可者，不在此限，並得逐年調降其支付價格百分之五。

Ⅲ 不可替代特殊藥品須與保險人簽訂合約，並應確保供貨無虞，如因不可抗力，無法供貨者，應提出替代方案，並於六個月前向保險人提出。

Ⅳ 不可替代特殊藥品及罕見疾病用藥經簽訂供貨無虞合約者，如購買價仍高於健保支付價格，保險醫事服務機構得依購買價格向保險人申報藥品費用，但申報價格以健保支付價格之一．三倍為上限，並得依申報價格之百分之五作為效期內調度費用，最高加計費用不得超過五十元。

第三十五條之一

Ⅰ 保險人為因應本標準已收載藥品發生不可抗力之短缺事件，得依下列程序，建立國內外緊急調度及備援機制：

一、由保險人事先公開徵求一家或多家之進口藥商或國內廠商，於事件發生時，以保險人指定一定期間內，專案進口或專案製造所需數量之同成分、同劑型替代藥品並負責調度，且該藥品不得為原短缺品項。

二、短缺藥品以藥物主管機關公布者為主，必要時，得洽詢保險醫事服務機構確認。

三、屬第一款專案進口之藥品，保險人得支付進口藥商所需之作業費用，每項藥品新臺幣五十萬元。

Ⅱ 藥品短缺事件之發生，指藥物主管機關於一定期間內徵求不到願意進口或製造廠商後，由保險人通知前項第一款之進口藥商或國內廠商啟動緊急調度及備援機制。

Ⅲ 第一項第一款專案進口或專案製造藥品，保險人得依下列條件保障其依第三十五條之二核定之支付價格：

一、國際專案進口藥品：納入本保險給付後一年，或至原收載品項恢復供應，或保險人事先公開徵求國內製造廠生產上市止。

二、國內專案製造藥品：納入本保險給付後二年，或至原收載品項恢復供應日止。

三、前二款期間內，保險人得暫停同成分、同劑型藥品之收載建議。但已取得藥品許可證之

品項除外，其核價不適用第三十五條之二規定。

第三十五條之二

Ⅰ 前條短缺藥品支付價格之核價方式：

一、國際專案進口藥品：依下列條件，取其最高價：

(一) 同成分規格藥品十國藥價最高價。

(二) 本標準收載同成分規格藥品最高價之二倍。

(三) 本標準收載同成分不同規格藥品最高價，以規格量換算後之二倍。

(四) 進口成本(含運費、保險費、關稅、報關費用、特殊倉儲保管費等)之二倍價格。

(五) 無第一目之十國藥價者，以原產國或進口國之價格，並加上匯率換算後之二倍。

二、國內專案製造藥品：依下列條件，取其最高價：

(一) 同成分規格藥品十國藥價最高價。

(二) 生產成本之二倍。

Ⅱ 逾前條第三項規定期間，且進口或生產合約數量仍有剩餘者，得依前項價格支付，至該藥品用罄或末效期為止。

第三十六條

第一級及第二級管制藥品或抗蛇毒血清，不論由主管機關所屬機關自行製造、委託製造或依政府採購法招標購置者，其藥品支付價格，保險人得依主管機關備查後之價格公告實施，其因成本變動而須調整藥價時亦同。

第三十七條

特約醫事服務機構及藥品許可證之持有藥商可提出或由保險人公開徵求藥品論質計酬或發展實證醫學給付試辦計畫，並經藥物擬訂會議審議後，報請主管機關核定後施行。

第三十八條

十國藥價計算方式如下：

一、十國藥價係指英國、德國、日本、瑞士、美國、比利時、澳洲、法國、瑞典、加拿大等十國藥價並加上匯率予以換算得之。

二、依新藥或新品項受理日當季保險人公告之匯率計算。

三、若具有兩種以上包裝者，以單價最低者為計算基準。

第三十九條

Ⅰ 藥品規格量換算法如下：

一、以高規格藥價換算低規格之藥價：高規格藥價乘以「低規格品項規格量（總含量）除以高規格品項規格量（總含量）」除以〇·九。

二、以低規格藥價換算高規格之藥價：低規格藥價乘以「高規格品項規格量（總含量）除以低規格品項規格量（總含量）」乘以〇·九。

Ⅱ 本標準已收載同成分、同劑型屬多日用量包裝，改為經醫、藥專家認定具臨床意義之一日以內用量包裝者，得另行核價並提藥物擬訂會議討論。

第 四十 條

核算價格小數點之處理方式如下：

一、核算價小於五元者，取小數點後兩位，第三位（含）以後無條件捨去。

二、核算價大於或等於五元且小於五十元者，取小數點後一位，第二位（含）以後無條件捨去。

三、核算價大於或等於五十元者，取至整數，小數點以後無條件捨去。

## 第 三 章　藥品給付協議

第四十一條

Ⅰ 藥品給付協議方式，包括依藥品價量為基礎之價量協議，以及依療效結果或財務結果為基礎之其他協議。

Ⅱ 前項列入價量協議之條件如下：

一、新藥案件：依廠商提供之財務預估資料，預估於給付後之五年間，有任一年之藥費支出高於新臺幣二億元者。

二、擴增給付規定案件：依廠商提供之財務預估資料，預估於擴增給付規定後之五年間，有任一年擴增部分之藥費支出高於新臺幣一億元者。

三、未達前二款條件之藥品，於納入給付或擴增給付規定後之五年間，有任一年之申報藥費支出，新藥案件高於新臺幣二億元或擴增給付規定案件高於新臺幣一億元者。

Ⅲ 第一項其他協議之案件，由廠商提出並經藥物擬訂會議同意後適用。

第四十二條

Ⅰ 藥品給付協議期限如下：

一、價量協議：以五個觀察年為原則，必要時，得縮短或延長。

二、其他協議：以五個觀察年為上限，必要時，得重新簽約。

Ⅱ 前項觀察年以暫予收載或擴增給付規定生效日起算，每十二個月為一個觀察年。

第四十三條

Ⅰ 藥品給付協議之終止條件：

一、價量協議應符合下列條件之一：

(一) 協議期限屆至。

(二) 取消健保給付。

(三) 協議期限內，本標準已另收載二種以上之同成分不同廠牌藥品。

二、其他協議應符合下列條件之一：

(一) 協議期限屆至。

(二) 取消健保給付。

(三) 協議期限內，本標準已另收載二種以上同成分不同廠牌藥品或二種以上第 2B 類新藥。

(四) 協議期限內，廠商或保險人提出終止協議之建議，經藥物擬訂會議同意者。

Ⅱ 前項第二款其他協議終止時，應重新檢討藥品支付價格及其給付規定，必要時得重新簽約。該協議藥品支付價格之檢討方式，依本標準新藥核價方式擇一調整支付價格，或一定比率調降支付價格，其他同成分藥品之支付價格併同檢討，並提藥物擬訂會議討論。

第四十四條

Ⅰ 價量協議方案得視個案情況，選擇下列各款之一或併行處理：

一、還款方案：依下列方式擇一執行：

(一)設定各觀察年費用限量額度，如申報藥費超過限量額度，廠商償還一定比率金額予保險人。

(二)廠商於各觀察年償還申報藥費之一定比率金額予保險人，償還比率不設上限。

二、降價方案：依下列方式擇一執行：

(一)設定各觀察年費用限量額度，如申報藥費超過限量額度，調降支付價格。

(二)於各觀察年調降一定比率之支付價，調降比率不設上限。

三、協議共同分擔方案：同成分不同廠牌或同藥理分類藥品設定共同分攤之還款方案或降價方案。採還款方案時，依各藥品申報藥費之比率，分攤各廠商償還額度；採降價方案時，各藥品支付價格採相同之調降比率。

Ⅱ 前項所稱限量額度之計算方式，依廠商提供之財務預估資料，採計人數乘以預估年使用量，並以暫予收載之健保支付價計算，作為限量額度設定基準。

第四十四條之一

Ⅰ 其他協議方案得視個案情況，選擇下列各款之一或併行，返還保險人相關藥費：

一、依療效結果為基礎者：

(一) 改善整體存活確保方案：

1. 病人存活期低於臨床對照組中整體存活期中位數最大者，返還病人使用該協議藥品之申報藥費。

2. 病人存活期高於臨床對照組中整體存活期中位數最大者，但低於該協議藥品之整體

存活期中位數者，返還病人使用該協議藥品申報藥費之一定比率金額。

(二) 延緩疾病惡化確保方案：廠商返還病人使用該協議藥品超過疾病無惡化存活期中位數後之申報藥費。

(三) 臨床療效還款方案：廠商返還病人使用該協議藥品於可評估效果指標日以內之申報藥費之一定比率金額。

二、依財務結果為基礎者：

(一) 固定折扣方案：由廠商提出返還固定比率之申報藥費。

(二) 藥費補助方案：由廠商負擔初始治療期間之藥費，或特定有額外劑量或頻率之用法用量，所產生之額外費用。

(三) 藥品搭配方案：搭配其他藥品合併治療病人時，由廠商返還搭配藥品申報藥費之一定比率金額。

三、協議共同分攤方案：同成分不同廠牌或同藥理分類藥品設定共同分攤之還款方案，依各藥品申報藥費之比率，分攤各廠商償還額度。

Ⅱ 其他協議藥品經保險人收載納入給付後，保險人得要求廠商於一定期限內提供藥品使用療效之實證評估資料；給付規定如有異動時，應重新檢討該藥品支付價格，必要時得重新簽約。

Ⅲ 前項藥品支付價格之檢討方式，依本標準新藥核價方式擇一調整支付價格，或一定比率調降支付價格，其他同成分藥品支付價格併同檢討，並提藥物擬訂會議討論。

第四十四條之二　藥品給付協議之返還藥費，由保險人依相關藥品於各季申報醫令金額之占率，併入各總額療費用結算。

第四十五條　（刪除）

第四十六條

Ⅰ 符合第四十一條第二項第三款之案件，任一年(以生效日起算，每十二個月為一個觀察年)之申報藥費已達列入價量協議之條件時，保險人應於次年之五月三十一日以前，通知廠商進行價量協議。

Ⅱ 廠商未於保險人通知日起二個月內完成價量協議，則自該年十月一日起，支付價以原支付價之〇．九五倍或國際藥價最低價，取其低者支付；若於次年七月三十一日以前，仍未完成價量協議者，則自當年十月一日起，再調降其支付價之百分之五或依國際藥價最低價，取其低者支付，並依此原則逐年調降其支付價，直至完成價量協議或已完成納入給付或擴增給付規定後五個觀察年之檢討。

# 第 三 編　特殊材料

## 第一章　健保特殊材料收載原則

第四十七條

可建議納入本標準支付之特殊材料品項如下：

一、屬於本標準特殊材料所收載之類別。

二、屬新功能類別之特殊材料，經藥物擬訂會議評估可收載者。

第四十八條

全民健康保險不予支付之特殊材料如下：

一、經保險人認定非屬醫療所必須，或缺乏經濟效益者。

二、不符醫療器材許可證及本標準所訂適應症者。

三、未納入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之診療項目所使用之醫療器材。

四、本法第五十一條所訂之材料：義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。

第四十九條

販售之特殊材料，其製造產地應與原醫療器材許可證相符，經查證不符者，該品項不列入健保給付範圍，一年之內不得建議收載新品項。

第　五十　條

本標準已收載之特殊材料品項，如連續三年(含)無醫令申報量,且有替代性品項可供病人使用者，該品項不予列入本標準。但如有特殊情形，藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構得向保險人提出說明，經提藥物擬訂會議審議同意後，得保留二年，並以一次為限。

第五十一條

經保險人收載之特殊材料，廠商有供貨給保險醫事服務機構之義務。如欲停止供貨一個月以上者，應於二個月前向保險人提出說明。未提出說明者，按下列方式處理：

一、將未供貨之品項不列入健保給付範圍。

二、三年內，該醫療器材商不得建議收載新品項核價。

## 第二章　健保特殊材料支付點數訂定原則

第五十二條

無同功能類別之特殊材料，經由藥物擬訂會議擬訂時，參考下列因素核算支付點數：

一、新研發品項之功能、效用、效果。

二、功能相近之既有特殊材料支付點數。

三、其他國家之市場及保險支付價格。

四、於保險醫療上之經濟效益分析。

五、預估之全年使用量（自開始販售起算之第一年至第三年）。

六、前述點數生效後，保險人得視實際市場銷售量再評估其支付價格。

第五十二條之一

建議收載納入本標準之新功能類別特殊材料，其分類如下：

一、創新功能特殊材料：醫療器材許可證之持有廠商須提出與現行最佳同功能或類似功能類別特殊材料之臨床試驗文獻比較證據，顯示臨床功能或療效有明顯改善之突破創新特殊材料；該特殊材料為現有治療之第一個建議收載特殊材料，且無現有最佳特殊材料可供比較者，得以該疾病現行標準治療方法，包括外科手術、支持性療法等，作為療效比較之對象。

二、功能改善特殊材料：與現行最佳同功能或類似功能類別特殊材料比較，顯示具有臨床價值之功能改善之特殊材料。

第五十二條之二

Ⅰ新功能類別特殊材料支付點數之訂定原則如下：

一、創新功能特殊材料，得自下列方法擇一訂定：

（一）公立醫院、醫學中心（含準醫學中心）或兩者合併之採購決標價格之中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值。

（二）各層級醫療院所收取自費價格之中位數。

（三）依成本計算。廠商須切結所提送之成本資料無誤，且須經保險人邀集成本會計、財務及醫療專家審議。

（四）國際價格中位數。

（五）原產國特材價格。

（六）廠商之建議點數低於前五目訂定之點數者，得採該建議點數。

二、功能改善特殊材料，得自下列方法擇一訂定：

（一）公立醫院、醫學中心（含準醫學中心）或兩者合併之採購決標價格之中位數、平均價或最低價，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值。

（二）各層級醫療院所收取自費價格之中位數、平均價或最低價。

（三）國際價格最低價。

（四）國際價格比例法。

（五）療程費用比例法。

（六）既有類似功能類別特殊材料之支付點數。

（七）既有功能類別特殊材料有無附加功能之比例換算。

(八)廠商之建議點數低於前七目訂定之點數者，得採該建議點數。

三、依療程費用比例法、既有類似功能類別特殊材料之支付點數核價者，得考慮以下因素，並與本標準已收載之既有類似功能類別特殊材料比較，依下列方式加算：

(一)更具臨床有效性，最高加算百分之十五。

(二)對病人或醫療從業人員更具安全性，最高加算百分之十五。

(三)可改善疾病或外傷的治療方法，最高加算百分之十五。

(四)能降低對病人的侵襲性，最高加算百分之十五。

(五)能明顯減少醫療或藥品費用支出，按比例加算，最高加算百分之十五。

(六)利於兒童之使用及操作者，最高加算百分之十五。

(七)用於罕見疾病病人或相較於既有類似功能類別特殊材料，推算使用對象病人人數較少者，最高加算百分之十五。

Ⅱ 經藥物擬訂會議同意依前項第一款第一目、第二目、第六目，或第二款第一目、第二目、第八目訂定支付點數後，納入本標準。如廠商對功能分類或支付點數有不同意見者，得自保險人通知日起三十日內提出。

Ⅲ 建議收載二項以上同功能類別但不同規格（指體積、面積、長度、數量）之特殊材料品項者，依第一項訂定方法計算常用規格品項之支付點數

後，其餘品項得依規格比例換算之，並得按一定比例折算或加成。

第五十二條之三

前條各層級醫療院所收取自費價格、國際價格比例法及療程費用比例法之執行方式如下：

一、各層級醫療院所收取自費價格：蒐集該新建議品項於各層級醫療院所之收費價格，應至少取得五筆資料。

二、國際價格比例法

（一）蒐集該新建議品項於韓國、日本、美國、澳洲等四國及其他具官方公開網站可供查詢的國家之價格及類似品項之價格，並加上該建議案受理日當季保險人公告之匯率予以換算之。

（二）依新建議品項與類似品項之比值，乘以類似品項之健保支付點數得之。

（三）有多國數值者，取其平均數。

三、療程費用比例法：以使用本標準已收載之類似品項之支付點數計算一個療程或一定期間使用或相同規格量之特殊材料點數，換算新建議品項之支付點數。

第五十二條之四

Ⅰ 保險對象自付差額特殊材料之給付上限，依保險人核定之自付差額特殊材料費用，按臨床實證等級訂定給付比例，但不得超過核定費用之百分二十及百分之四十。

Ⅱ 前項之核定費用，保險人得依同功能類別，並參考下列資料予以核定：

一、公立醫院、醫學中心（含準醫學中心）或兩者合併之採購決標價格之中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值。如無中位數者，得採平均值。

二、國內市場販售價格或各層級醫療院所收取自費價格。

三、國際價格。

Ⅲ 保險醫事服務機構收取差額之上限，不得超過該類特殊材料核定費用扣除本保險給付上限之差額。但義肢不在此限。

Ⅳ 中華民國一百零八年十二月三十一日以前已收載同功能類別之自付差額特殊材料，不適用第一項之規定。

第五十三條

具有同功能類別之特殊材料，依同功能類別品項之最低支付點數核價。

第五十三條之一

核算支付點數小數點之處理方式如下：

一、支付點數小於一百點者，取小數點後一位，第二位（含）以後，無條件捨去。

二、支付點數大於或等於一百點者，取至整數，小數點以後，無條件捨去。

第五十三條之二

Ⅰ 必要或不可替代之特殊材料，因成本變動等因素致不敷成本，且屬相同功能類別者，亦無廠商可依現行健保支付點數供應時，該醫療器材許可證之持有廠商得提出該特殊材料調高健保支付點數之建議，由保險人提藥物擬訂會議討論。

Ⅱ 前項特殊材料支付點數之訂定原則如下，得擇一訂定：

一、參考廠商進口或製造成本價。

二、參考醫事服務機構購買價。

三、同功能類別特殊材料有多家廠商可供應，採其中建議價最低者。

Ⅲ 前項支付點數之訂定，得考量合理因素加算，最高加算百分之十。

Ⅳ 屬非必要或有替代性之全額給付特殊材料，廠商以高於支付點數供應予本保險特約醫事服務機構，經保險人通知醫療器材許可證持有廠商限期改善，屆期仍未改善者，保險人應將該品項不列入本標準一年。

## 第三章　特殊材料支付點數之調整

第五十四條

保險人為建立公開、合理、透明之特殊材料點數調整制度，應實施特殊材料市場實際交易價格調查。

第五十五條

特殊材料支付點數調整之目標如下：

一、逐步縮小特殊材料各廠牌同類品項間之價差。

二、逐步調整特殊材料支付點數，使更接近特殊材料市場實際之加權平均銷售價格。

第五十六條

逐步縮小特殊材料同類品項間價差之方法如下：

一、同功能同類品項，訂定統一支付點數。

二、支付點數高於同功能同類特殊材料支付點數中位數一定倍數之品項，予以調整支付點數。

第五十七條

縮小特殊材料支付點數與市場銷售價格差異之方法，指參考特殊材料市場實際交易價格調查資料，調整特殊材料支付點數，使其更接近特殊材料之市場銷售價格。

第五十八條

特殊材料市場實際交易價格調查之方法如下：

一、調查對象：

(一)直接銷售給本保險特約醫事服務機構之所有特殊材料供應商。

(二)有採購調查品項之特約醫事服務機構。

二、調查品項：由保險人公告。

(一)本標準支付特殊材料品項以四年為一週期，循序辦理。

(二)部分給付項目及新功能類別品項，每二年調查一次。

(三)特殊材料申報點數成長快速，或市場價格明顯扭曲者，得列入機動調查。

三、調查內容：廠商及醫療院所之特殊材料銷售及購買之價量資料。

四、價量調查時程表：每年一月公布調查品項及調整後新點數生效實施日期。

五、資料申報方式：採網路連線申報並填寫確認書。

第五十九條

所稱不實申報係指特殊材料申報資料有下列情事之一者：

一、未申報贈品特殊材料量或交易金額未扣除折讓者。
二、僅申報部分醫事服務機構交易資料者。
三、其他足以影響調查結果正確性或完整性之情節。

第 六十 條

廠商及本保險醫事服務機構應配合特殊材料市場實際交易價格調查，據實申報，不申報或申報不實者，以下列方式處理：
一、廠商部分，該品項不列入健保給付範圍，一年內不得建議收載新品項。
二、保險醫事服務機構部分，以其所申報同類品項（特材代碼前五碼）之五折價格支付，並追溯一年。

第六十一條

利用特殊材料市場實際交易價格調整特殊材料支付點數之處理原則如下：
一、核價類別：係依功能來分類。
二、各核價類別特殊材料市場實際加權平均價格（GWAP）之核算，依下列原則辦理：
（一）資料採計期間：依公告價量調查之申報資料期間為調整計算基礎。
（二）以公告期間同核價類別所有品項特殊材料廠商申報之價量調查資料做為 GWAP 計算之基礎為原則。廠商如未申報價量，則逕按特約醫事服務機構申報價量計算。
（三）對於同時無醫院及廠商申報之核價類別，則不列入健保給付範圍。

（四）部分給付品項，其市場加權平均價格如低於或接近現行收載類似功能品項時，則可研議收載。

（五）對於會影響診療服務之特殊核價類別之特殊材料，其年使用量少或無其他替代品之必要核價類別品項，經價量調查之 GWAP 高於醫療費用申報同核價類別加權平均支付價格（或個別支付價格）者，得提藥物擬訂會議擬訂後，重新核價。

三、特殊材料支付點數之調整：

（一）調整後之新特殊材料點數，依「相同核價類別特殊材料市場實際加權平均價格」加計一定百分比後調整，且必須小於等於醫療費用申報同核價類別加權平均支付點數。

Pnew= GWAP ×（1+ A），Pnew≦Pold

Pnew：新特殊材料點數。

GWAP：相同核價類別特殊材料市場實際加權平均價格。

Pold：同核價類別特殊材料加權平均支付點數（指最近完整一年之醫療費用申報資料）

A：X ％

（二）舊核價類別調整後點數應不高於新核價類別調整後點數。

（三）調整後之特殊材料點數，依核價類別之區隔，次一等級之類別調整後點數不得高於較高等級類別之點數。

# 第三章之一　價量協議

第六十一條之一

Ⅰ本標準新收載之新功能類別特殊材料，保險人得於收載前，依廠商提供之財務預估年使用量及納入給付後三年間之費用支出，與廠商訂定價量協議。

Ⅱ本標準新功能類別新收載之第一件特殊材料，依下列條件列為價量協議之品項：

一、依廠商提供之財務預估年使用量，並以暫予收載之健保支付點數換算，於給付後之三年間，有任一年（一月一日至十二月三十一日）之費用支出高於新臺幣三千萬元者。

二、收載時之預估費用未達前款條件，於納入給付後之三年間，任一年（一月一日至十二月三十一日）之費用支出已達新臺幣三千萬元者。

Ⅲ同屬價量協議類別之新收載同功能類別特殊材料，於前項價量協議期間，併同辦理。

第六十一條之二

Ⅰ保險人得參考廠商提供之納入給付後三年間預估年使用量，依同功能類別不分規格、不分廠牌特殊材料品項之合計年使用量，分二階段訂定協議內容，調整支付點數：

一、合計年使用量達第一階段數量者：依原支付點數百分之九十五計算。

二、合計年使用量達第二階段數量者：依原支付點數百分之九十計算。

三、前二款折算比例，保險人得視情況調整。

Ⅱ 前項協議內容由保險人與廠商簽訂價量協議書。除已簽訂價量協議書者外，保險人應於已達列入價量協議條件之次年五月三十一日前，通知廠商進行價量協議。廠商未於保險人通知協議日起二個月內完成者，自該年十月一日起，以原支付點數之百分之九十，調整支付點數。

Ⅲ 價量協議之品項仍屬保險人特殊材料價量調查及調價作業之範圍。

第六十一條之三

本章價量協議之期限如下：

一、原則上為四年，必要時得縮短或延長。

二、以第一件收載之特殊材料支付點數生效日為價量協議起日，並以該生效日之次年一月一日起算，每十二個月為一個觀察年。

三、同屬價量協議類別之新收載同功能類別特殊材料，與該類別第一件收載品項之價量協議期限一致。

第六十一條之四

符合下列情形之一者，保險人得中止價量協議：

一、已屆該功能類別協議之最後段折扣數。

二、依價量調查調整之支付點數已低於價量協議最後段應調降支付點數。

三、取消健保給付。

## 第 四 編　事前審查與特殊審查

第六十二條

Ⅰ 對於高危險、昂貴或易浮濫使用之特殊材料及藥品，保險人應依本標準規定辦理事前審查。

第十二條第一項第四款之特殊病例事前審查或藥物給付規定之特殊專案審查，保險人應依本標準規定辦理特殊審查。

Ⅱ 保險醫事服務機構應依前二項規定申請事前審查及特殊審查。

第六十三條

Ⅰ 保險醫事服務機構向保險人申請事前審查時，應檢附下列文件：

一、事前審查申請書。

二、足供審查判斷之病歷及相關資料。

三、前條第一項應事前審查項目規定之必備文件資料。

Ⅱ 保險醫事服務機構向保險人申請特殊病例事前審查時，應檢附下列文件：

一、特殊病例事前審查申請書。

二、病人同意書。

三、治療計畫書。

四、人體試驗審查委員會(Institutional Review Board,IRB)證明非人體試驗或研究性質專案聲明書。

五、最近至少一年相關之門、住診病歷影本。

六、傳統治療無效評估報告，包含品名、用法用量、用藥期間。如為續用病人，應另提供使用療效評估報告。

七、最近五年內之佐證文獻報告。

Ⅲ 保險醫事服務機構向保險人申請特殊專案審查時，應檢附下列文件：

一、特殊專案審查申請表。

二、足供審查判斷之病歷及相關資料。

三、本標準規定應特殊專案審查項目規定之必備文件資料。

Ⅳ 事前審查申請書及特殊病例事前審查申請書如附件一；特殊專案審查申請表依本標準藥物給付規定定之。

第六十四條

Ⅰ 事前審查案件，保險人應於收到保險醫事服務機構送達申請文件起二週內完成核定。

Ⅱ 特殊審查案件，保險人應於收到保險醫事服務機構送達申請文件起三週內完成核定。

Ⅲ 前二項逾期未核定者，視同完成審查。但資料不全經保險人通知補件者，保險人核定期間重新起算。

第六十五條

依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構如因事出緊急，得以網路或書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

第六十六條

Ⅰ 依規定應事前審查及特殊審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。

Ⅱ 事前審查案件，因急迫需要於報備後未及經審查回復即施行者，應依專業審查核定結果辦理。

# 第 五 編　藥品支付價格之調整

第六十七條

藥品支付價格調整目標如下：

一、逐步縮小智慧財產權或品質較無爭議之同成分、同含量、同規格、同劑型藥品之價差。

二、逐步調整藥品支付價格，使更接近藥品市場實際之加權平均銷售價格。

第六十八條

縮小同成分、同含量、同規格、同劑型之不同廠牌藥品價差之方法如下：

一、針對智慧財產權較無爭議之同成分、同含量、同規格、同劑型藥品，逐步以分類分組（Grouping）方式調整健保支付價格。

（一）適用於分類分組調整支付價格藥品之條件：

1. 智慧財產權較無爭議或年代久遠之藥品。
2. 品質較無爭議之同成分規格藥品。

（二）上述品項、分類分組及價格調整之方法由保險人參考醫、藥相關專家學者意見後訂定之。

二、對支付價格高於同成分、含量、劑型、規格藥品支付價中位數一定倍數之藥品，予以調整支付價格。

第六十九條

藥品品質宜對實施製劑之原料藥具備 DMF、符合 PIC/S GMP 及便民藥品包裝等項目，予以提升品質誘因。

第　七十　條

縮小藥品支付價格與市場銷售價格差異之方法如下：

一、參考「藥品市場實際交易價格調查」，調整藥品支付價格，使其更接近藥品之市場銷售價格。

二、專利逾期採即時調整與及時反映市場價格。

三、藥價調查及調整應集中於專利逾期後之中、短期。

第七十一條

藥品市場實際交易價格調查之方法如下：

一、甲調查

（一）調查品項：本標準支付藥品品項。

（二）調查對象：直接銷售給特約醫事服務機構之所有藥品供應商。

（三）調查內容：銷售保險特約醫事服務機構之藥品摘要資料，其內容包括：藥品代碼、藥品名稱、藥商代號、藥商名稱、申報期間、聯絡電話、傳真電話、藥商統一編號、聯絡地址、院所代號、藥品銷售量（應包含贈品量、藥品耗損，並扣除退貨數量）、銷售總金額（應包含營業稅，並扣除折讓金額及退貨金額）、銷售量合計及金額合計等。

（四）調查時程：按季申報，且於每季結束後第二個月二十日前，申報前一季各月份之藥品銷售資料。

二、乙調查

（一）調查品項：由保險人公告。

（二）調查對象：以醫療院所為調查對象，其中地區醫院以上全面普查，必要時，基層院所抽樣 1/10 調查。

（三）調查內容：調查對象在保險人指定期間之所有藥品銷售明細資料。包括藥商代號、藥商名稱、藥商統一編號、聯絡電話、許可執照字號、聯絡地址、申報資料年月、傳真電話、發票日期、院所代號、藥品代碼、包裝規格（單位）、藥品銷售量（應包含贈品量、藥品耗損，並扣除退貨數量）、售藥總金額（應包含營業稅，並扣除折讓金額及退貨金額）、發票號碼、發票註記等。

（四）調查時程：在保險人公告之申報期限內申報。

三、丙調查

（一）調查品項：價量異常之品項，如市場實際交易價格加權平均值高於健保支付價格之藥品。

（二）調查方式：由保險人前往藥品供應商與特約院所實地訪查。

第七十二條

機動性藥品市場實際交易價格調查（以下簡稱機動性調查）如下：

一、針對外界檢舉有明確事證案件，且符合下列三項條件時，保險人應進行機動性調查：

（一）藥商或藥局藥品販售價格低於健保支付價之百分之六十。

（二）同分組藥品有三個以上。

(三)同分組最近一年特約醫事服務機構申報總計金額大於新臺幣五千萬元以上。

二、機動性調查之方式：

(一)保險人得抽取一定比例特約醫事服務機構之藥品採購資料，進行價格調整。

(二)保險人應將被檢舉品項之同分組品項併同調查及處理。

三、利用機動性調查調整藥品支付價格之處理原則，若被檢舉之藥品或併同調查之藥品販售價格，同品質條件之藥品有低於現有健保支付價格之百分之五十者，依調查醫事服務機構之最低交易價格計算調整健保支付價格，公式如下：

Pnew =2 × Pmin

Pnew：調整後新藥價

Pmin：市場交易最低價

第七十三條

所稱不實申報係指申報資料有下列情事之一，致墊高市場平均交易價格者：

一、未申報贈藥量或交易金額未扣除折讓者。

二、僅申報部分院所交易資料者。

三、其他足以影響調查結果正確性或完整性之情節。

第七十四條

未申報或不實申報之藥品，經掛號通知藥品許可證持有藥商及交貨廠商或醫療院所後，自發文日期三週內未補齊正確資料或提出合理說明者，以下列方式處理：

一、藥商

(一) 未申報或不實申報品項無同成分、同劑型其他產品可供替代，致影響民眾用藥權益者：以該品項之加權平均價格之 0.8 倍調整且不得高於現行健保支付價格 0.8 倍。

(二) 未申報之品項，不列入健保給付範圍一年（含標準包裝規格），生效日自發文日起次次一季一日生效。

(三) 不實申報品項有同成分、同劑型其他產品可供替代者：

1. 不實申報不影響藥價調整結果者：調降藥品支付價格（以同分組最低價之 0.8 倍調整且不得高於現行健保支付價格 0.8 倍）。
2. 不實申報會影響藥價調整結果者，按下列方式處理：

⑴不實申報者為下列情形之一者：該品項不列入健保給付範圍一年（含標準包裝規格）。

許可證持有藥商。

許可證持有藥商相關子公司。

經銷商為不實申報係許可證持有藥商授意者。

⑵不實申報者係為經銷商所為：

不實申報數量占率≧百分之十：該品項不列入健保給付範圍一年（含標準包裝規格）。

不實申報數量占率＜百分之十：

影響藥價調整幅度≧百分之六：該品項不列入健保給付範圍一年（含標準包裝規格）。

影響藥價調整幅度＜百分之六：由許可證持有藥商選擇下列任一種方式辦理：

A. 調降藥品支付價格（以同分組最低價之 0.8 倍調整且不得高於現行健保支付價格 0.8 倍），並返還因不實申報而增加健保藥費支出金額(金額＝前後價差x前一次藥價調整後至調降藥價生效日之使用量）。

B. 該品項不列入健保給付範圍一年（含標準包裝規格）。

⑶若有多家經銷商不實申報同一品項時，不實申報占率為各不實申報經銷商之總和。

⑷上述「不實申報數量占率」計算公式：該不實申報品項該經銷商申報銷售予所有醫事服務機構之數量÷該品項所有藥商之申報數量x百分之百。

⑸上述影響「藥價調整幅度」計算公式：（原調整後價格－更正後調整價格)÷原健保支付價格x百分之百；或(原同分組加權平均銷售價格－更正後同分組加權平均銷售價格)÷原同分組加權平均銷售價格x百分之百。

3. 不實申報不列入健保給付範圍一年（含標準包裝規格）之品項，生效日自發文日起次次一季一日生效。

二、醫療院所

(一)不實申報品項之同藥理分類藥品均以同成分、含量、劑型藥品之最低價給付(自核定生效日期回溯一年)。

(二)依本保險特約醫事服務機構合約辦理。

第七十五條

利用市場實際交易價格調整藥品支付價格之處理原則如下:

一、調整時程:主成分於專利期內、專利權逾期五年以上及無專利權之藥品,每兩年調整一次。

二、藥品分組分類

(一)同核價成分、同核價劑型、同規格量藥品歸為同分組。

(二)同分組藥品依專利與否分為二大類:

1. 專利期內藥品。

2. 逾(無)專利藥品,再分為下列二類:第一類包含原開發廠藥品、符合 PIC/S GMP 之藥品、BA/BE 學名藥品、BE 學名藥品之對照品;第二類為非屬第一類之一般學名藥品。

三、藥品支付價格之調整:

(一)計算調整期間:自最近一次支付價格調整生效日起至調查截止日止。

(二)專利期內藥品調整方式:

1. 個別藥品之市場加權平均價格大於等於調整前支付價格乘以 0.85 者,不予調整;個別藥品之市場加權平均價格小於調整前支付價格乘以 0.85 者,調整其支付價格為

「調整前支付價格」乘以 0.15 加其「市場加權平均價格」。藥價調整公式：

⑴WAP≧（1-R）×Pold：不予調整

⑵WAP＜（1-R）×Pold：依下列公式調整

Pnew = WAP+Pold × R

Pnew：新藥價

WAP:藥價調查申報之個別藥品市場加權平均價格

Pold：調整前支付價格

R：15%

2. 設定調整下限價：錠劑或膠囊劑最低調降至 1 元；口服液劑最低調降至 25 元；100～500mL(不含)輸注液最低調降至 22 元；500mL(含)以上大型輸注液最低調降至 25 元；其他注射劑最低調降至 15 元。以上不含健保代碼末二碼為 99 者。
3. 設定最大調降幅度為百分之四十。
4. 設定同分組最低價：經上述公式調整後，同分組品項之最低價不得低於同分組品項最高價之 0.7 倍(不含)；低於最高價 0.7 倍（不含）之品項，其健保支付價格依最高價之 0.7 倍調整，惟調整後之新藥價不高於調整前支付價格。
5. 新收載之品項：指收載生效日期距調查期限六個月以內且符合下列要件之品項。其價格調整於次一年依上述調整公式計算之。

⑴新收載之新藥且無銷售紀錄之藥品品項。

⑵經主管機關核准通過生體相等性試驗（BE）重新建議核價之品項。

㈢逾（無）專利期藥品調整方式：

1.設定暫調價格：

⑴依其「同分組分類藥品之加權平均價格（以下稱GWAP）」為目標值。第二類藥品之目標值應以第一類藥品之目標值為上限。

⑵個別藥品市場加權平均價格（WAP）高於或等於目標值之1.05倍者，以目標值之1.05倍為暫調價格；個別藥品WAP低於目標值之1.05倍者，以WAP為暫調價格，並以目標值之0.9倍為下限。但暫調價格不得高於調整前支付價格。

2.設定最大調降幅度：暫調價格與調整前支付價格比較，二者差距之百分比，稱為調幅；依調幅範圍，設定最大調降幅度如下：

⑴調幅於15%（含）以下：不予調整。

⑵調幅介於15%（不含）至20%（含）：最大調降幅度2.5%。

⑶調幅介於20%（不含）至25%（含）：最大調降幅度7.5%。

⑷調幅介於25%（不含）至30%（含）：最大調降幅度12.5%。

⑸調幅介於30%（不含）至35%（含）：最大調降幅度17.5%。

⑹調幅介於35%（不含）至40%（含）：最大調降幅度22.5%。

(7)調幅介於40%（不含）至45%（含）：最大調降幅度27.5%。
(8)調幅介於45%（不含）至50%（含）：最大調降幅度32.5%。
(9)調幅介於50%（不含）至55%（含）：最大調降幅度37.5%。
(10)調幅介於55%（不含）以上：最大調降幅度40%。

3. 以調幅減百分之十五及最大調降幅度取低者，予以核算調整後支付價格，並以調整前支付價格為上限。
4. 設定調整下限價：錠劑或膠囊劑最低調降至1元；口服液劑最低調降至25元；100～500 mL(不含)輸注液最低調降至22元；500mL(含)以上大型輸注液最低調降至25元；其他注射劑最低調降至15元。以上不含健保代碼末二碼為99者。

（四）專利期內藥品無WAP，或逾（無）專利期藥品無GWAP之調整：

1. 單方及含二或三個主成分之複方：依同核價成分藥品之平均調幅調整，若無同核價成分藥品之平均調幅，則以同藥理分類（ATC前五碼相同）藥品之平均調幅調整，若無同藥理分類藥品之平均調幅，則以單方及含二或三個主成分之複方之平均調幅調整。
2. 含四個主成分以上之複方：依含四個主成分以上之複方之平均調幅調整。

3. 設定調整下限價：錠劑或膠囊劑最低調降至 1 元；口服液劑最低調降至 25 元；100～500mL（不含）輸注液最低調降至 22 元；500mL（含）以上大型輸注液最低調降至 25 元；其他注射劑最低調降至 15 元。以上不含健保代碼末二碼為 99 者。

（五）同分組、同廠牌品項之調整：

1. 專利期內藥品：同分組、同廠牌及同品質條件藥品有二個品項（含）以上者，以最低價調整。
2. 逾（無）專利期藥品：同分組、同廠牌、同分類及同品質條件藥品有二個品項（含）以上者，以最低價調整。

（六）藥價調整後，同分組品項之最低價不得低於同分組品項最高價之 0.6 倍（不含）；低於最高價 0.6 倍（不含）之品項，其健保支付價格依最高價之 0.6 倍調整；惟不得高於調整前支付價之二倍（含），本規定不適用指示用藥。

（七）調整後同廠牌之同成分、劑型藥品，低規格量藥品支付價格不高於高規格量藥品支付價格。高低規格量品項之調整如下：

1. 同成分劑型以各規格同分組之最近一年醫令申報量最高之規格量為常用規格量，以該常用規格量之品項調整後藥價為基準價。
2. 各廠牌同成分之錠劑及膠囊劑，低規格量品項之藥價不高於該基準價，高規格量品項之藥價不低於該基準價。

3. 非屬錠劑及膠囊劑且屬同許可證之品項，其低規格量品項之藥價不高於該基準價，高規格量品項之藥價不低於該基準價。
4. 若無常用規格量者，低規格量品項之藥價不高於高規格量品項之藥價。
5. 同分組藥品經高低規格量品項之調整後，其無銷售量之品項，以同分組分類其他有銷售量品項之最高價為上限。

（八）經保險人核定屬標準包裝之口服錠劑、口服膠囊劑（健保代碼末三碼為 1G0）者，以 1.5 元為最低價，本規定不適用指示用藥。

（九）符合 PIC/S GMP 藥品之最低價：錠劑或膠囊劑為 1.5 元（倘同時具標準包裝者為 2 元）、口服液劑為 25 元、100～500mL（不含）輸注液為 22 元、500mL（含）以上大型輸注液為 25 元、其他注射劑為 15 元。以上不適用於健保代碼末二碼為 99 者及指示用藥。

（十）供醫事服務機構申報屬大包裝品項之最小單位（健保代碼末二碼為 99 者）：以同許可證各規格調整後之最小單位之單價最低者調整。

（十一）調整後之新藥價，學名藥品之藥價，不得高於原開發廠藥品之藥價，標準包裝及符合 PIC/S GMP 之藥品不在此限。

四、相關價格之核算原則如下：

（一）加權平均價格之核算原則：藥價調查申報之個別藥品市場加權平均價格（小數以下第五位四捨五入）。

(二)同分組分類藥品之加權平均價格之核算原則：藥價調查申報之同分組分類市場加權平均價格（小數以下第五位四捨五入）。

(三)新藥價之核算原則：

1. 小於 5 元者，取小數點後兩位，第三位(含)以後無條件捨去。
2. 大於或等於 5 元且小於 50 者，取小數點後一位，第二位（含）以後無條件捨去。
3. 大於或等於 50 元者，取至整數，小數點以後無條件捨去。

第七十六條

Ⅰ 必要藥品、罕見疾病用藥及其他經保險人公告之特殊品項，由保險人與該項藥品廠商協商調整事宜。

Ⅱ 與保險人簽有供應無虞合約之不可替代必要藥品及罕見疾病用藥，按下列方式調整價格：

一、同類藥品，即同成分、劑型、劑量，具有相同品質條件者，調整為相同價格。

二、依實際市場交易價格調整，配合一般藥品之例行調整時程，每二年計算調整一次：

(一)採計前前一年第四季至前一年第三季之甲調查資料。

(二)新收載之品項，無同類藥品，而生效未滿一年者，不進行調整。有同類藥品者，將生效後應申報之甲調查資料併同類既有品項調整。

三、調整方式：

(一)$0.80 \times Pold \leqq GWAP \leqq 1.05 \times Pold$：不予調整。

(二) GWAP＞1.05 × Pold，Pnew＝GWAP（並以1.3 × Pold 為上限）。

(三) GWAP＜0.80 × Pold，Pnew＝GWAP＋0.20 × Pold。

Pnew：調整後支付價格

Pold：調整前支付價格

GWAP：同成分、劑型、劑量，具有相同品質條件之藥品，以交易價量資料計算所得之加權平均價格

四、前述健保支付價格之調整，以初次收載之健保支付價之二倍為上限。

第七十七條

利用市場實際交易價格調整藥品支付價格之資料引用之條件，經重新調整價格之品項，其生效日期前之銷售量不予計算，另自生效日期以後之銷售量，若於公立醫院因合約問題無法調整售價者，該資料得排除不列入計算，並應檢附舉證文件資料影印本，併同甲調查向保險人申報。

第七十八條

保險人得依本法第六十二條規定，其支付之藥品費用超出全民健康保險會協定之藥品費用總額時，依該超出之比例，於下年度調整本標準。

## 第六編　附則

第七十九條

本標準之藥品給付品項暨支付標準表，詳附件二。

第　八十　條

本標準之特殊材料給付品項暨支付標準表，詳附件三。

第八十一條

本標準之中藥用藥品項表（單方），詳附件四。

第八十二條

本標準之中藥用藥品項表（複方），詳附件五。

第八十三條

本標準之藥品給付規定，詳附件六。

第八十四條

本標準之特殊材料給付規定，詳附件七。

第八十五條

Ⅰ 本標準自中華民國一百零二年一月一日施行。

Ⅱ 本標準修正條文，除第七十九條附件二至第八十四條附件七之施行日期由主管機關另定者外，自發布日施行。

（附件略）

# 全民健康保險藥品價格調整作業辦法

中華民國 102 年 10 月 2 日衛生福利部衛部保字第 1021280145 號令訂定發布全文 29 條；並自發布日施行
中華民國 104 年 2 月 4 日衛生福利部衛部保字第 1041260076 號令修正發布第 9、15、17～21 條條文
中華民國 105 年 2 月 1 日衛生福利部衛部保字第 1051260074 號令修正發布第 13、17、18、20、21、23、24 條條文
中華民國 106 年 2 月 24 日衛生福利部衛部保字第 1061260088 號令修正發布第 12、15、24、26 條條文

## 第一章　總則

第　一　條

本辦法依全民健康保險法第四十六條第二項規定訂定之。

第　二　條

Ⅰ本辦法用詞，定義如下：

一、專利：指以藥品有效成分或有效成分之組合，依我國專利法所取得之專利。

二、專利期內藥品：指專利權在有效期限內之藥品。

三、逾專利期：指專利權期滿。

四、逾專利期五年內：指專利權期滿日之次日起算，滿五年之期限內。

五、加權平均銷售價格（以下稱 WAP）：指同藥品許可證持有者之同分組品項所有供應商，依本辦法規定申報之銷售金額總和，除以銷售

量總和所得之商數，四捨五入取至小數點後第四位。

六、同分組（分組分類）品項加權平均銷售價格（以下稱 GWAP）：指同分組（分組分類）品項所有供應商依本辦法規定申報之銷售金額總和，除以銷售量總和所得之商數，四捨五入取至小數點後第四位。

七、同分組分類品項加權平均支付價格：指同分組分類各品項支付價格乘以前一年醫療費用申報數量之總和，除以同分組各品項前一年醫療費用申報數量總和所得之商數，四捨五入取至小數點後第四位。

Ⅱ 前項第一款有效成分，包括經醫藥相關專家學者認定有助於增加臨床療效之異構物、特殊晶型、水合物等。

第　三　條

全民健康保險（以下稱本保險）藥品支付價格調整原則如下：

一、將逾（無）專利期、年代久遠或品質較無爭議之同成分、同含量、同規格且同劑型藥品，以分組分類（Grouping）方式，逐步縮小支付價格差異；其分組分類方法，由保險人參考醫藥相關專家學者意見定之。

二、以下列方式，逐步調整藥品支付價格，使更接近藥品市場實際之加權平均銷售價格：

（一）參考藥品市場實際交易價格調查，調整藥品支付價格，使其更接近藥品之市場銷售價格。

（二）及時反映逾專利期藥品之市場實際交易價格。

## 第 二 章　藥價調查及調整

### 第一節　藥品市場實際交易價格之調查及未申報或不實申報之處理

第　四　條

Ⅰ 藥品供應商（以下稱藥商）及保險醫事服務機構，應依本辦法規定，向保險人申報市場實際交易價格，作為調整藥品支付價格之依據。

Ⅱ 前項藥商，指直接銷售藥品予保險醫事服務機構之所有藥商。

第　五　條

藥商依前條規定，應申報之範圍、內容及時程如下：

一、範圍：全民健康保險藥物給付項目及支付標準（以下稱藥物支付標準）收載之品項。

二、內容：

（一）本保險藥品代碼。

（二）藥商名稱。

（三）申報期間。

（四）聯絡電話。

（五）傳真電話。

（六）藥商統一編號。

（七）聯絡地址。

（八）保險醫事服務機構代碼。

（九）藥品銷售量：應包含贈品量、藥品耗損，並扣除退貨數量。

（十）銷售總金額：應包含營業稅，並扣除折讓金額及退貨金額。

（十一）銷售量合計及金額合計。

（十二）其他與銷售有關之資料。

三、時程：每季結束後第一個月二十日內，向保險人申報前一季之資料。

第　六　條

保險醫事服務機構依第四條規定，應申報之範圍、內容及時程如下：

一、一般藥品採購資料：

（一）範圍：藥物支付標準收載之品項。

（二）內容：藥商統一編號、名稱、地址及藥品品項之本保險藥品代碼。

（三）時程：每季結束後第一個月二十日內，向保險人申報前一季之資料。

二、特定藥品採購資料：以特約醫院申報為限，但必要時，經保險人抽樣之特約診所及藥局亦應申報。

（一）範圍：依保險人公告之品項。

（二）內容：

1. 藥商名稱。
2. 藥商統一編號。
3. 聯絡電話。
4. 聯絡地址。
5. 申報資料年月。
6. 傳真電話。
7. 發票日期。
8. 保險醫事服務機構代碼。
9. 本保險藥品代碼。

10. 藥品銷售量：應包含贈品量、藥品耗損，並扣除退貨數量。
11. 售藥總金額：應包含營業稅，並扣除折讓金額及退貨金額。
12. 發票號碼及發票註記。
13. 其他與採購有關之資料。

（三）時程：依保險人公告之申報期限。

第　七　條

Ⅰ 經檢舉有明確事證之案件，並符合下列四款條件者，保險人應進行機動性藥品市場實際交易價格調查（以下稱機動性調查）：

一、藥商或藥局販售價格低於本保險支付價格百分之五十。

二、同分組品項有三個以上。

三、同分組最近一年保險醫事服務機構申報總計金額大於新臺幣（以下同）一億元以上。

四、非屬因符合品質條件而以劑型基本價支付之品項。

Ⅱ 前項機動性調查之方式如下：

一、保險人得抽取一定比率家數之保險醫事服務機構調查採購資料，進行支付價格之調整。

二、保險人應將被檢舉品項之同分組品項，併同調查及處理。

第　八　條

Ⅰ 依市場實際交易價格調整藥品支付價格者，其申報資料經保險人採用之原則如下：

一、經重新調整支付價格之品項，其調整生效日前之銷售量不列入計算。

二、公立醫院因合約規定無法調整售價者，自調整生效日後之銷售量資料，得不列入計算。

Ⅱ 前項第二款情形，藥商應檢附證明文件影本，併同銷售資料，向保險人申報。

第　九　條

藥商未申報或經確認屬不實申報之品項，其處理方式如下：

一、未申報或不實申報品項，無同成分、同劑型產品可供替代，致影響民眾用藥權益者：以該品項之加權平均銷售價格百分之八十調整，且不得高於調整前支付價格百分之八十。

二、前款以外之未申報品項：不列入藥物支付標準。

三、不實申報品項有同成分、同劑型其他產品可供替代者：

(一) 不實申報不影響藥價調整結果者：調降支付價格，以同分組品項最低支付價百分之八十調整，且不得高於調整前支付價格百分之八十。

(二) 不實申報致影響藥價調整結果者：

1. 不實申報者為藥品許可證持有者或藥品許可證持有者相關子公司：該品項不列入藥物支付標準。

2. 不實申報者為藥品經銷商：

⑴不實申報數量占率達百分之十以上：該品項不列入藥物支付標準。

⑵不實申報數量占率小於百分之十：

①影響藥價調整幅度之任一因子達百分之六以上：該品項不列入藥物支付標準。

②影響藥價調整幅度之二項因子皆小於百分之六：由藥品許可證持有者選擇下列方式之一辦理：

⑴調降支付價格，以同分組品項最低支付價百分之八十調整，且不得高於調整前支付價格百分之八十；並返還因不實申報而增加本保險藥費支出金額｛藥費支出金額＝〔（原調整後支付價格）－（更正後調整支付價格）〕×〔前一次藥價調整後至調降藥價生效日之使用量〕｝。

⑵該品項不列入藥物支付標準。

⑶上述品項處理方式之選擇，經保險人通知藥品許可證持有藥商後，自發文日期三週內未選擇者，該品項不列入藥物支付標準。

3. 前2之(1)、(2)所稱不實申報數量占率：

(1)多家藥品經銷商不實申報同一品項時，其不實申報銷售數量為各不實申報藥品經銷商銷售該品項數量之總和。

(2)不實申報數量占率之計算公式：〔（不實申報藥品經銷商申報銷售該品項予所有保險醫事服務機構之數量)÷（所有藥商申報銷售該品項數量）〕×100%。

4. 前2之(2)所稱影響藥價調整幅度之因子，其計算公式如下：

⑴〔（原調整後支付價格）－（更正後調整支付價格）〕÷〔未調整前支付價格〕×100%。

⑵〔（原同分組加權平均銷售價格）－（更正後同分組加權平均銷售價格）〕÷〔原同分組加權平均銷售價格〕×100 %。

四、前三款藥品之生效日，自保險人同意日起，次二季之一日生效；屬同一藥品許可證之錠劑及膠囊劑品項，併同辦理。

五、因未申報或不實申報而不列入藥物支付標準或調降支付價格之品項，自生效日起一年後，同一許可證藥品得依藥物支付標準規定，重新向保險人建議收載。

第 十 條

前條藥商不實申報，指申報資料有下列情事之一，致墊高市場平均交易價格者：

一、未申報贈藥量或交易金額未扣除折讓。

二、僅申報部分保險醫事服務機構交易資料。

三、其他足以影響調查結果正確性或完整性。

第 十一 條

保險醫事服務機構未申報或申報資料經確認影響藥價調整正確性或完整性之品項，依下列方式處理：

一、自該次藥價調整生效日，回溯扣減其一年之藥費。

二、依全民健康保險特約醫事服務機構合約辦理。

## 第二節　藥品支付價格之調整原則

第 十二 條

屬罕見疾病用藥或經保險人公告之特殊藥品者，依第二十四條規定辦理。

第 十三 條

依市場實際交易調查結果，調整支付價格者，其處理原則如下：

一、藥品分為下列三大類：

(一) 第一大類：

1. 專利期內藥品。
2. 含仍在專利期內有效成分之單方製劑。
3. 含至少一個仍在專利期內有效成分之複方製劑。
4. 上述之同分組品項。

(二) 第二大類藥品如下，但中華民國一百零二年一月一日前專利期滿者，歸於第三大類：

1. 逾專利期五年內之藥品
2. 含逾專利期五年內有效成分之單方製劑。
3. 含至少一個逾專利期五年內有效成分之複方製劑，且非屬第一大類藥品。
4. 上述之同分組品項。

(三) 第三大類：非屬第一大類及第二大類之品項。

二、同成分、同含量、同規格且同劑型之品項，歸為同分組。

三、調整時程：

(一) 第二大類藥品：每一品項每年檢討及調整一次，並依下列時程辦理：

| 專利權期滿日之季別 | 檢討價格季別 | 調整後新支付價格生效日 |
|---|---|---|
| 第一季 | 第二季 | 當年六月一日 |
| 第二季 | 第三季 | 當年九月一日 |
| 第三季 | 第四季 | 當年十二月一日 |
| 第四季 | 次年第一季 | 次年三月一日 |

（二）第一大類及第三大類藥品：每二年檢討及調整一次，其新支付價格生效日，由保險人公告；本保險實施藥品費用分配比率目標制，且該年度藥費核付金額超出目標值時，其新支付價格，自次一年度第二季第一個月之一日生效。

四、新藥暫予列入藥物支付標準內，且自列入生效日起，至藥商銷售資料採計期間之末日止，其期間在二年以內，且同分組藥品無醫療費用申報資料者，該新藥之藥價不予調整。

第 十四 條

藥商銷售資料之採計方式如下：

一、第二大類藥品：

| 檢討價格季別 | 資料採季期間 |
|---|---|
| 第一季 | 前一年第二季及第三季 |
| 第二季 | 前一年第三季及第四季 |
| 第三季 | 前一年第四季及當年第一季 |
| 第四季 | 當年第一季及第二季 |

二、第一大類及第三大類藥品：採計最近一次依本章調整藥品支付價格生效日起一年之藥商銷售資料；未滿一年者，採計至檢討時可取得之藥商銷售資料。

第 十五 條

Ⅰ 保險人進行藥價調整時,得對藥品訂定基本價及下限價。

Ⅱ 前項之基本價，規定如下：

一、錠劑或膠囊劑符合藥物支付標準第二十五條第一項各款之條件：具標準包裝者，為一·五元;具標準包裝且同時符合國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範（以下稱 PIC／S GMP）或屬原開發廠之品項者，為二元。

二、符合 PIC／S GMP 之品項：

(一) 錠劑或膠囊劑，為一·五元。

(二) 口服液劑，為二十五元。

(三) 一百毫升以上未滿五百毫升之輸注液,為二十二元、五百毫升以上未滿一千毫升之大型輸注液，為二十五元、一千毫升以上之大型輸注液，為三十五元。

(四) 含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑，為二十五元。

(五) 前二目以外之其他注射劑，為十五元。

(六) 栓劑，為五元。

(七) 眼科製劑，為十二元。一日以內用量包裝之眼藥水，為四元。

(八) 口服鋁箔小包（顆粒劑、粉劑、懸浮劑），為六元。

(九) 軟膏或乳膏劑，為十元。

Ⅲ 第一項之下限價,指保險人對特定藥品劑型訂定之最低調整價格。於支付價格調整過程中，調整前支付價格高於下限價者，最低調整至下限價；調整前

支付價格低於下限價者，不予調整。其下限價格，規定如下：

一、錠劑或膠囊劑，為一元。

二、口服液劑，為二十五元。

三、一百毫升以上未滿五百毫升之輸注液，為二十二元、五百毫升以上未滿一千毫升之大型輸注液，為二十五元、一千毫升以上之大型輸注液，為三十五元。

四、含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑，為二十五元。

五、前二目以外之其他注射劑，為十五元。

六、栓劑，為五元。

七、眼科製劑，為十二元。一日以內用量包裝之眼藥水，為四元。

八、口服鋁箔小包（顆粒劑、粉劑、懸浮劑），為六元。

九、軟膏或乳膏劑，為十元。

Ⅳ 前二項之基本價及下限價，不適用於下列品項：

一、保險醫事服務機構申報屬大包裝品項之最小單位，本保險藥品代碼末二碼為 99 之品項。

二、屬指示用藥之品項。

三、因機動性調查或未申報、不實申報而調降支付價格未滿一年之品項。

Ⅴ 第二項及第三項之基本價及下限價，經醫、藥專家認定之劑型或包裝不具臨床意義者，不適用之。

第 十六 條

調整後新支付價格之核算原則如下：

一、未滿五元者，取小數點後二位，第三位以後，無條件捨去。

二、五元以上未滿五十元者，取小數點後一位，第二位以後，無條件捨去。

三、五十元以上者，取至整數，小數點以後，無條件捨去。

第 十七 條

第一大類藥品支付價格調整方式如下：

一、加權平均銷售價格（WAP）達調整前支付價格百分之八十五以上者，不予調整；加權平均銷售價格（WAP）低於調整前支付價格百分之八十五者，應調整其支付價格，其新支付價格為調整前支付價格百分之十五加上加權平均銷售價格(WAP)。其藥價調整公式及原則如下：

(一) WAP≧（1-R）xPold：不予調整

(二) WAP＜（1-R）xPold：依下列公式調整

Pnew=WAP+PoldxR

Pnew：新支付價格

Pold：調整前支付價格

R：百分之十五

(三) 前目之調降幅度以百分之四十為限。但本保險實施藥品費用分配比率目標制時，不在此限。

二、依前款公式調整後，屬同藥品許可證持有者之品項，有低規格品項支付價格高於高規格品項支付價格之情形者，依下列方式調整：

(一) 同成分、同劑型品項：

1. 以各分組藥品前一年醫療費用申報數量最高之分組之規格量為常用規格量，並以該常用規格量品項調整後之新支付價格，作為其基準價格。

2. 新支付價格生效日(含)前不列入藥物支付標準，且藥商銷售資料採計期間無銷售資料之品項，其支付價不列為規格調整之參考。

(二) 前目品項屬錠劑及膠囊劑：以前目基準價格，按規格比例換算同成分、同劑型、同藥品許可證持有者之其他規格品項支付價格。

(三) 第一目品項非屬錠劑或膠囊劑:以第一目基準價格,按規格比例換算同藥品許可證其他規格品項支付價格。

(四) 同成分、同劑型，不同規格之品項於列入藥物支付標準時，核予相同支付價格者，以最低支付價之規格品項調整各規格為相同價格。

三、同分組、同藥品許可證持有者且同品質條件藥品有二以上品項者，以最低支付價調整。

四、依前三款規定調整藥品支付價格後,其藥品支付價格低於同分組最高支付價百分之七十者,依同分組最高支付價百分之七十調整。但調整後之新支付價格不得高於其調整前之支付價格。

五、調整後之新支付價格,學名藥品不得高於原開發廠藥品。但具標準包裝及符合 PIC／S GMP，且其支付價格為基本價之藥品，不在此限。

六、保險醫事服務機構申報屬大包裝品項之最小單位，本保險藥品代碼末二碼為 99 者：以同藥品許可證各規格調整後最小單位之最低單價調整。

第 十八 條

第二大類藥品支付價格調整方式如下：

一、逾專利期第一年之藥品及其同分組品項，依下列方式調整價格：

(一)逾專利期藥品之支付價格，以下列方式取最低價調整：

1.藥物支付標準第二十七條第三款所定十大先進國家藥價(以下稱十國藥價)之最低價。

2.同分組品項加權平均銷售價格(GWAP)乘以一·一五倍調整。但不得高於調整前之支付價格。

(二)同分組藥品，以該逾專利期藥品之調整幅度等比例調整。無該逾專利期藥品者，以同分組品項加權平均銷售價格(GWAP)乘以一·一五倍調整。但不得高於調整前之支付價格。

二、逾專利期次年起至第五年之藥品及其同分組品項，依下列方式調整價格：

(一)逾專利期藥品之支付價格以同分組品項加權平均銷售價格(GWAP)乘以一·一五倍調整。但不得高於調整前之支付價格。

(二)同分組品項，以該逾專利期藥品之調整幅度等比例調整。無該逾專利期藥品者，以同分組品項加權平均銷售價格(GWAP)乘以一·一五倍調整。但不得高於調整前之支付價格。

三、依前二款公式調整後，屬同藥品許可證持有者之品項，有低規格品項支付價格高於高規格品

項支付價格之情形者，依前條第二款方式調整。

四、調整後之新支付價格，學名藥品不得高於原開發廠藥品。但具標準包裝及符合 PIC／S GMP，且其支付價格為基本價之藥品，不在此限。

五、保險醫事服務機構申報屬大包裝品項之最小單位，本保險藥品代碼末二碼為 99 者：以同藥品許可證各規格調整後最小單位之最低單價調整。

第 十九 條

第三大類藥品，分為下列二類：

一、第一類：包含原開發廠藥品、符合 PIC／S GMP 之藥品。

二、第二類：第一類以外之藥品。

第 二十 條

I 前條之同成分、同劑型品項中，第一個列入藥物支付標準品項之收載年，距藥商銷售資料採計期間截止年未逾十五年者，其同成分、同劑型品項支付價格調整方式如下：

一、暫調價格：

(一)以同分組分類品項之加權平均銷售價格（GWAP），為該品項暫調價格之目標值。該同分組分類之品項均無銷售資料，或各品項之銷售資料筆數皆未逾二十筆者，以同成分、同劑型品項前一年醫療費用申報數量最高之規格量品項所屬分組之目標值，依規格比例換算該分組分類之目標值。第二類藥品之目標值應以第一類藥品之目標值為上限。

(二)加權平均銷售價格（WAP）達目標值百分之一百零五以上者，以目標值百分之一百零五為暫調價格；WAP 低於目標值百分之一百零五者，以 WAP 為暫調價格，並以目標值百分之九十為暫調價格之下限。但暫調價格不得高於調整前之支付價格。

二、最大調降幅度：

(一)調幅在百分之十五以下者：不予調整。

(二)調幅超過百分之十五至百分之二十以下者：最大調降幅度為百分之二．五。

(三)調幅超過百分之二十至百分之二十五以下者：最大調降幅度為百分之七．五。

(四)調幅超過百分之二十五至百分之三十以下者：最大調降幅度為百分之十二．五。

(五)調幅超過百分之三十至百分之三十五以下者：最大調降幅度為百分之十七．五。

(六)調幅超過百分之三十五至百分之四十以下者：最大調降幅度為百分之二十二．五。

(七)調幅超過百分之四十至百分之四十五以下者：最大調降幅度為百分之二十七．五。

(八)調幅超過百分之四十五至百分之五十以下者：最大調降幅度為百分之三十二．五。

(九)調幅超過百分之五十至百分之五十五以下者：最大調降幅度為百分之三十七．五。

(十)調幅超過百分之五十五者：最大調降幅度為百分之四十。

三、本保險實施藥品費用分配比率目標制時，不受前款最大調降幅度規定之限制，並依下列方式調整價格：

（一）屬藥物支付標準所稱新藥，自保險人暫予收載生效日起，至藥商銷售資料採計期間之末日止，其期間在四年以內者：

1. 調幅在百分之五以下者：不予調整。
2. 調幅超過百分之五者：以調幅減百分之五後之數值調整支付價格，並以調整前支付價格為上限。

（二）非屬前目之品項者：

1. 調幅在百分之三以下者：不予調整。
2. 調幅超過百分之三者：以調幅減百分之三後之數值調整支付價格，並以調整前支付價格為上限。

四、前二款之調幅，指暫調價格與調整前支付價格之差距。

五、以最大調降幅度調整支付價格，其調幅減百分之十五後，仍低於最大調降幅度者，以調幅減百分之十五後之數值調整支付價格，並以調整前支付價格為上限。

六、同分組、同藥品許可證持有者、同分類且同品質條件藥品有二以上品項者，以最低支付價調整。

七、依前六款規定調整支付價格後，其支付價格低於同分組最高支付價百分之六十者，依同分組最高支付價百分之六十調整。但不得高於調整前支付價之二倍。

八、前款規定不適用於指示用藥。

九、調整後同藥品許可證持有者之同成分、同劑型藥品，低規格量品項支付價格，不得高於高規格量品項支付價格。其調整方式如下：

(一)同成分、同劑型品項：

1.以各分組藥品前一年醫療費用申報數量最高之分組之規格量為常用規格量，並以該常用規格量品項調整後之新支付價格，作為其基準價格。

2.新支付價格生效日(含)前不列入藥物支付標準，且藥商銷售資料採計期間無銷售資料之品項，其支付價不列為規格調整之參考。

(二)前目品項屬錠劑及膠囊劑：同藥品許可證持有者之低規格量品項支付價不得高於前目基準價格，高規格量品項支付價不得低於前目基準價格，低規格量品項之支付價不得高於高規格量品項之支付價。

(三)第一目品項非屬錠劑及膠囊劑：同藥品許可證品項之低規格量品項支付價不得高於第一目基準價格，高規格量品項支付價不得低於第一目基準價格，低規格量品項之支付價不得高於高規格量品項之支付價。

十、調整後之新支付價格，同分組學名藥品不得高於原開發廠藥品。但具標準包裝及符合PIC／S GMP，且其支付價格為基本價之藥品，不在此限。

十一、同分組學名藥品項中，未符合 PIC／S GMP者，其調整後之新支付價格不得高於符合PIC／S GMP者。

十二、保險醫事服務機構申報屬大包裝品項之最小單位，本保險藥品代碼末二碼為 99 者：以同藥品許可證各規格調整後最小單位之最低單價調整。

十三、含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液品項之 WAP 及 GWAP，按每單位熱量計算，並依第一款至第五款調整後之同分組分類單價最低者，乘上總熱量後調整支付價格。

Ⅱ 依前項方式調整後，屬調升價格者，不適用於指示用藥或未申報、不實申報而調降支付價格未滿一年之品項。

第二十一條

Ⅰ 第十九條之同成分、同劑型品項中，第一個列入藥物支付標準品項之收載年，距藥商銷售資料採計期間截止年超過十五年者，其同成分、同劑型品項支付價格調整方式如下：

一、以同分組分類品項之加權平均銷售價格（GWAP），為該品項藥價調整之目標值。

二、第二類藥品之目標值，應以第一類藥品之目標值為上限。

三、同成分、同劑型品項，以各分組藥品前一年醫療費用申報數量最高之分組之規格量為常用規格量，以該常用規格量之同分組分類品項加權平均銷售價格（GWAP）為基準。

四、同成分、同劑型品項低規格量之目標值，不得高於前款基準；高規格量之目標值，不得低於前款基準；低規格量之目標值不得高於高規格量之目標值。

五、個別品項以該分組分類之目標值乘以一·一五倍調整，並以同分組調整前支付價格最高者為上限。

六、同分組分類品項無加權平均銷售價格(GWAP)，以加權平均支付價格調整。

Ⅱ 依前項方式或第二十三條調整後，同成分、同劑型屬低規格量品項之支付價格，不得高於高規格量者。其調整方式如下：

一、以各分組藥品前一年醫療費用申報數量最高之規格量為基準規格量，高規格品項之藥價低於基準規格量者，或低規格品項之藥價高於基準規格量者，以基準規格量之藥價調整。

二、高規格品項之藥價低於低規格量者，低規格品項以高規格之藥價為上限。第二類藥品之規格調整，以第一類藥品為上限。

三、新支付價格生效日(含)前皆不列入藥物支付標準，且藥商銷售資料採計期間皆無銷售資料之分組，其支付價不列為規格調整之參考。

Ⅲ 含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液品項之 GWAP 按每單位熱量計算，依 GWAP 乘以一．一五倍調整，並以同分組調整前每單位熱量支付價格最高者為上限，乘上總熱量後調整支付價格。

Ⅳ 依前三項方式調整後，屬調升價格者，不適用於指示用藥或未申報、不實申報而調降支付價格未滿一年之品項。

## 第三節　實施藥品費用分配比率目標制支付價格之調整方式

第二十二條

Ⅰ 本保險實施藥品費用分配比率目標制，其當年度藥費核付金額超出前一年預先設定之目標值時，於次年度以超出目標值之額度為限，調整第一大類及第三大類藥品之支付價格。

Ⅱ 前項核付金額，指當年度前三季藥費核付金額，加上以前三季核付金額推算之第四季核付金額。

Ⅲ 當年度實際核付金額超過前項推算金額者，應將超出之金額併入次一年度之藥費核付金額中計算；未達推算金額者，於次一年度之藥費核付金額中扣除。

第二十三條

前條第一項藥價調整之方式如下：

一、第一大類藥品，依第十七條規定；第三大類藥品，依第十九條至第二十一條規定，分別計算各品項之暫訂價格。

二、依暫訂價格分別計算第十七條、第二十條及第二十一條品項之整體調整額度，依各整體調整額度比例，分配超出目標值之額度。

三、前款整體調整額度，指第十七條、第二十條及第二十一條各品項調整前支付價格與暫訂價格之差距，乘以前一年醫療費用申報數量之總和。

四、調整公式如下：

(一) Pnew＝Pold－【（Pold－Ptemp）×（超出目標值分配後之額度／各整體調整額度）】

Pnew：新支付價格

Pold：調整前支付價格；屬第二十一條之品項，為調整前之同分組分類品項加權平均支付價格。

Ptemp：暫訂價格

(二) 含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液品項：Pnew=總熱量×【Pold-

〔(Pold－Ptemp)×(超出目標值分配後之額度/各整體調整額度)〕】

Pnew：新支付價格

Pold：為調整前之同分組分類品項每單位熱量加權平均支付價格。

Ptemp：每單位熱量暫訂價格

## 第 三 章　其他特殊情況藥品支付價格之調整

第 二 十 四 條

Ⅰ 罕見疾病用藥或經保險人公告之特殊藥品，其支付價格應每二年檢討調整。

Ⅱ 前項藥品調整原則，準用藥物支付標準第三十五條第一項第二款第二目及第三目，並優先參考該品項或國外類似品之國際藥價；無國際藥價者，參考其成本價調整。

Ⅲ 前項調整之新支付價格生效日，由保險人公告。

第 二 十 五 條

Ⅰ 符合藥物支付標準第十七條規定之新藥，以十國藥價中位數或最低價核價，且經查有藥價之國家在五國以下者，應自新藥列入藥物支付標準生效之次年起，於每年第四季依十國藥價檢討支付價格，並檢討五年或檢討至有藥價之國家超過五國之次年止。

Ⅱ 前項檢討方式，依該藥品列入藥物支付標準之核價方式檢討。如現行支付價高於檢討結果者，依檢討結果支付，並於次年一月一日生效；現行支付價如低於檢討結果者，維持原支付價格。

Ⅲ 依藥物支付標準第十七條之一第三款規定以類似品之十國藥價核價者，比照前二項規定辦理。

Ⅳ 依藥物支付標準第四十四條規定，以十國藥價檢討者，不適用第一項及第二項規定。

第二十六條

第一級及第二級管制藥品或抗蛇毒血清之支付價格，因成本變動而須調整時，保險人應依主管機關備查之價格調整，其新支付價格，自保險人同意日起算，次二季之一日生效。

第二十七條

利用機動性調查結果，調整支付價格之規定如下：

一、被檢舉之藥品及併同調查之藥品銷售價格，其同品質條件之藥品有低於現行藥品支付價格百分之五十者，依調查保險醫事服務機構之最低交易價格，計算調整新支付價格；其計算公式如下：

Pnew＝2 × Pmin

Pnew：調整後新支付價格

Pmin：保險醫事服務機構最低交易價格

二、調整後之新支付價格，自保險人同意日起算，次二個月之一日生效。

第二十八條

Ⅰ 保險人與藥商簽訂價量協議之品項，依價量協議檢討調整後之藥品支付價格，自保險人同意日起算，次二個月之一日生效。

Ⅱ 前項藥品適用本辦法第二章藥價調查及調整之規定。

第二十九條　本辦法自發布日施行。

# 全民健康保險保險人對外提供資料作業要點

中華民國 86 年 9 月 6 日中央健康保險局（88）健保企字第 86024546 號公告訂定

中華民國 87 年 6 月 5 日中央健康保險局（88）健保企字第 87013875 號公告修正第 7 點

中華民國 88 年 12 月 15 日中央健康保險局（88）健保企字第 88041782 號公告修正發布全文 18 點

中華民國 92 年 8 月 26 日中央健康保險局健保企字第 0920014910 號公告修正發布全文 19 點

中華民國 96 年 9 月 28 日中央健康保險局健保企字第 0960054739 號令修正發布第 1、3、6、7、10、11、14～16 點條文及第 18 點條文之附件二、三；並自 96 年 10 月 1 日生效

中華民國 98 年 11 月 11 日中央健康保險局健保企字第 0980092322 號令修正發布名稱及第 1、7～11、13、18、19 點條文；並自 99 年 1 月 1 日生效（原名稱：中央健康保險局對外提供資料作業要點）

中華民國 101 年 8 月 27 日行政院衛生署中央健康保險局健保企字第 1010077956 號令修正發布第 7、9、11、12～14、18 點條文；增訂第 11-1、17-1 點條文；並自 101 年 9 月 1 日生效

中華民國 102 年 2 月 7 日行政院衛生署中央健康保險局健保企字第 1020036886 號令修正發布名稱及全文 21 點；並自 102 年 3 月 1 日生效（原名稱：行政院衛生署中央健康保險局對外提供資料作業要點）

中華民國 105 年 11 月 17 日行政院衛生署中央健康保險局健保企字第 1050038737 號令修正發布第 1、5、7、9、10、14、19 點條文；增訂第 5-1 點條文；並自 105 年 12 月 1 日生效

中華民國 109 年 6 月 2 日衛生福利部中央健康保險署健保企字第 1090037286 號令修正發布第 14 點條文；並自即日生效

中華民國 110 年 4 月 20 日衛生福利部中央健康保險署健保企字第 1100037370 號令修正發布第 14 點條文；並自即日生效

一、全民健康保險保險人（以下簡稱保險人）為因應資訊公開及個人資料合理利用，避免人格權受侵害，並建立使用者付費之成本觀念，使資料之對外提供及收費有所規範，特參考「政府資訊公開法」、「個人資料保護法」及其施行細則，並依據實際作業需要，訂定本要點。

二、本要點用詞定義如下：

（一）個人資料：指自然人之姓名、出生年月日、國民身分證統一編號（或居留證字號）、護照號碼、特徵、指紋、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查、犯罪前科、聯絡方式、財務情況、社會活動及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

（二）業務資料：指保險人依資訊公開相關規定，於職掌範圍內持有或保有之非個人資料。。

（三）個人資料檔案：指依系統建立而得以自動化機器或其他非自動化方式檢索、整理之個人資料之集合。

（四）處理：指為建立或利用個人資料檔案所為資料之記錄、輸入、儲存、編輯、更正、複製、檢索、刪除、輸出、連結或內部傳送。

（五）資訊服務：指保險人應申請人要求，於不影響正常業務運作之情況下，勻出人力及電腦機時，以報表、磁

帶、磁片、光碟片等媒體或以網路連線提供各種資料檔案。

（六）當事人：指個人資料之本人。

三、保險人對外提供之業務資料或個人資料，除本要點規定外，分別依「政府資訊公開法」、「個人資料保護法」及其相關規定辦理。

四、保險人應依當事人之請求，就蒐集之該當事人個人資料檔案，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本。但有下列情形之一者，不在此限：

（一）妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益。

（二）妨害保險人執行法定職務。

（三）妨害保險人或第三人之重大利益。

五、當事人以外之第三人請求提供個人資料，除第五點之一所規定之資料外，應與保險人職掌蒐集之特定目的相符。但有下列情形之一者，得為特定目的外之提供：

（一）法律明文規定。

（二）為維護國家安全或增進公共利益所必要。

（三）為免除當事人生命、身體、自由或財產上之危險。

（四）為防止他人權益之重大危害。

（五）公務機關或學術研究機構基於公共利益為統計或學術研究而有必要，且資料經過提供者處理後或蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。

（六）有利於當事人權益。

（七）經當事人書面同意。

五之一、當事人以外之第三人不得請求提供個人之醫療及健康檢查資料。但有下列情形之一者，不在此限：

（一）法律明文規定。
（二）公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。
（三）當事人自行公開或其他已合法公開之個人資料。
（四）公務機關或學術研究機構基於醫療、衛生或犯罪預防之目的，為統計或學術研究而有必要，且資料經過處理後或經蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。
（五）為協助公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。
（六）經當事人書面同意。但逾越特定目的之必要範圍或其他法律另有限制不得僅依當事人書面同意蒐集、處理或利用，或其同意違反其意願者，不在此限。

六、請求提供之業務資料涉及國家機密或有政府資訊公開法第十八條應限制公開或不予提供之情形者，保險人不予提供。
請求提供資料，如需耗費保險人大量人力、電腦、書單等資源及影響例行作業者，以不提供為原則。

七、請求提供資料，應以書面向保險人為之，載明當事人、代理人之姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號（或居留證字號）、住（居）所、聯絡電話，暨所需資料項目、範圍及使用目的，並載明或檢具下列事項：
（一）代理人請求者，檢具當事人授權書及相關之證明文件。
（二）由機關、團體請求者，其名稱、主事務所、分事務所或營業所所在地及其代表人或管理人之姓名、住（居）所、聯絡電話，並敘明請求之具體理由及使用目的。
機關、團體以外之人，請求提供資料之書面格式如附件一。

當事人臨櫃申請個人健保資料，應出示身分證明文件正本；委任他人代理時，代理人應檢具當事人授權書及雙方身分證明文件正本，以供查驗。

保險人提供以電子資料傳輸方式申辦健保業務及其他網路服務者，依全民健康保險網路服務註冊管理作業要點辦理。

八、資料之提供，由受理請求之保險人分區業務組或業務單位辦理。

九、中央或地方各級警察機關、內政部移民署及其所屬單位為辦理刑事案件，請求提供資料者，應經內政部警政署或其指定之單一窗口、內政部移民署來函，由保險人業務單位辦理。但案件涉及保險人相關業務者，各分區業務組亦得斟酌情形辦理。

十、軍事單位基於國家安全需要或辦理刑事案件而請求提供資料者，應經由國家情報工作法定義之情報機關及國防部、各級軍事法院、軍事檢察署或憲兵指揮部來函，由保險人業務單位辦理。但案件涉及保險人相關業務者，各分區業務組亦得斟酌情形辦理。

十一、法務部調查局為辦理刑事案件，請求提供個人及業務資料者，應經由法務部調查局及所屬調查處、站、各地區機動工作站來函，由保險人業務單位辦理。但案件涉及保險人相關業務者，各分區業務組亦得斟酌情形辦理。

十二、法務部廉政署為辦理刑事案件，請求提供個人及業務資料者，應經由法務部廉政署及所屬地區調查組來函，

由保險人業務單位辦理。但案件涉及保險人相關業務者，各分區業務組亦得斟酌情形辦理。

十三、各機關、學校為查詢各類退休(職)人員有無再任公職，請求提供資料者，應經銓敘部、教育部來函，由保險人業務單位提供。

十四、政府機關或學術研究機構為學術研究需要請求提供統計資料，應向衛生福利部所屬衛生福利資料科學中心或全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心，依其規定申請。

學術研究如係人體研究法第四條定義之人體研究者，應提出倫理審查委員會審查通過之證明，如該類研究屬主管機關公告得免倫理審查委員會審查之人體研究案件範圍者，得免送倫理審查委員會審查或提供倫理審查委員會核發之免審查證明。

依本點規定請求提供資料者，其研究或應用結果應提供保險人業務參考。

請求提供資料應用所生智慧財產權歸屬及運用利益回饋，保險人得要求另以書面契約定之。

十五、保險人提供資訊服務，得酌收費用，其費用依「全民健康保險保險人對外提供資料收費標準」計算。

申請人應一次備齊保險人所指定之資料儲存媒體規格，如因可歸責申請人之事由，致未能如期提供所需之資料，保險人不予負責。

提供資訊服務所錄製資料之完整性，以保險人電腦設備正常讀取為判斷標準。

十六、保險人提供資訊服務，於下列情形免收費用：

(一)政府機關。
(二)投保單位或保險對象為辦理承保業務，所需之該投保單位或保險對象固定格式之承保基本資料或欠繳費用資料。
(三)重大災害地區災民因災害所生查詢之費用。
(四)六十五歲以上之老人、身心障礙者、低收入戶查詢之費用。
(五)其他經保險人核定免收費用之機關(構)、團體或個人。

十七、索取資料檔案，除有第十六點之情形外，不得要求降低費用。但情形特殊，得個案經簽准後調整收費。
前項調整收費標準如下：
(一)調漲幅度以原收費總金額二倍內為限。
(二)調降幅度以原收費總金額百分之五十內為限。

十八、政府機關、學術研究機構、團體或個人，對保險人提供之資料，應限於其請求提供之用途，不得任意對外發表或他用，或作為與其他資料進行檔案間串連之資料分析，藉以辨識個人資料；如因而致生損害於他人者，應依法負責。
如有違反本要點之規定而使用之情形者，保險人得拒絕提供，並得停止其使用資料。

十九、為確保個人資料提供之安全性，對於申請人申請個人資料提供應要求取得機關(構)或團體簽署全民健康保險資料利用安全聲明。但有下列情形之一者，得免簽署：
(一)檢察署及軍事檢察署為辦理刑事案件。
(二)內政部移民署、內政部警政署或其指定之單一窗口為辦理刑事案件。

（三）法務部調查局為辦理刑事案件。
（四）法院為審理案件。
（五）法務部行政執行署及其分署為辦理強制執行案件。
（六）法務部廉政署為辦理刑事案件。
（七）稅捐稽徵機關或財政部賦稅署指定之調查人員為調查課稅資料。
（八）立法院為辦理特定議案調閱文件。
（九）監察院及審計部為辦理調查案件。

二十、請求提供資料檔案之繳款通知，如附件二。

二十一、保險人所屬同仁對於個人資料，應保守秘密，違者依相關法令處理。

附件一

## 全民健康保險保險人提供資料申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 當事人姓名 | | 性別 | 男□<br>女□ | 出生日期 | 年 月 日 | 身分證統一編號或居留證字號 | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | 縣<br>市 | | 鄉鎮<br>市區 | | 路<br>街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | 室 | | | | | | | |
| 聯絡地址 | 縣<br>市 | | 鄉鎮<br>市區 | | 路<br>街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | 室 | | | | | | | |
| 聯絡電話 | ( ) | | | 資料項目範圍 | □1. 年 月至 年 月就醫資料（擇一勾選）：<br>□簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」)<br>□費用格式□醫令格式<br>□2.投保資料（擇一勾選）：□目前在保資料□全部。<br>□3.其他 。<br>註：1.授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。<br>2.囿於保險人資料庫容量，上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。 | | | | | | | | | | | | |
| 使用目的 | | | | 當事人簽名 | | 日期 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | 性別 | 男□<br>女□ | 出生日期 | 年 月 日 | 身分證統一編號或居留證字號 | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | 縣<br>市 | | 鄉鎮<br>市區 | | 路<br>街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | 室 | | | | | | | |
| 聯絡地址 | 縣<br>市 | | 鄉鎮<br>市區 | | 路<br>街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | 室 | | | | | | | |
| 聯絡電話 | ( ) | | | 與本人關係 | | 代理人簽名 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 申請日期 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 公司行號 | 名稱：<br>負責人姓名： | | | | | 公司地址：<br>公司電話： | | | | | | | | | | | | |
| **應附證明文件** | 1. 當事人授權書<br>2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本（臨櫃申請，請檢附正本以供查驗）<br>3. 代理人身分證明文件正反面影本（臨櫃申請，請檢附正本以供查驗）<br>4. 其他_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### 當 事 人 授 權 書

本人茲因 （事由）之需要，同意由代理人 （與本人關係： ），向全民健康保險保險人申請提供 年 月至 年 月之資料（如申請書所勾選之資料項目及範圍），且作為 之用（如：壽險理賠）。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。

資料影本 □不需要、□需要 請中央健康保險署以掛號副知本人，郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人（即保險對象）姓名 （親自簽章）授權日期 年 月 日

## 附件二　全民健康保險保險人對外提供資料檔案繳款通知

受文者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一、＿＿＿＿向全民健康保險保險人（下稱保險人）申請提供＿＿＿＿資料
（來文文號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
經保險人審查結果，同意提供，所需費用明細如下：
※提供□簡易格式□費用格式□醫令格式資料：計＿＿＿人次，＿＿＿＿元
※提供非簡易格式、費用格式或醫令格式資料：
(一)作業人員費：(含程式設計、機器操作及行政費用)＿＿＿＿＿元
(二)設備使用費：＿＿＿＿元
合計新臺幣＿＿＿＿＿＿＿＿元（合計金額請大寫）

二、上列費用請於收到本通知後五日內，就近行庫匯款至保險人指定之專用帳戶。(戶名：　　帳號：　　)

三、為便於聯絡，請填妥本通知中之申請人聯絡資料，影印後寄回保險人。

四、請將收據影本、本通知影本暨錄製資料所需之 □磁帶＿＿＿卷、□磁片＿＿＿片、□光碟片＿＿＿片、□其他媒體＿＿＿份，寄至保險人（承辦人聯絡資料如后），保險人於收到前述資料後＿＿個工作日內，即錄製並寄交＿＿＿所申請資料。

全民健康保險保險人　　啟

年　　月　　日

全民健康保險保險人聯絡資料：(由保險人承辦人填寫)
聯絡人：＿＿＿＿＿＿電話：＿＿＿＿＿＿
服務單位：＿＿＿＿＿＿＿＿組
地址：

申請單位聯絡資料：(由申請單位填寫)
聯絡人：＿＿＿＿＿＿電話：＿＿＿＿＿＿

# 全民健康保險保險人對外提供資料收費標準

中華民國 96 年 9 月 29 日中央健康保險局健保企字第 0960054756 號令訂定發布全文 4 條；並自發布日施行

中華民國 98 年 12 月 4 日中央健康保險局健保企字第 0980092561 號令修正發布名稱及全文 4 條；除第 1 條及第 2 條自 99 年 1 月 1 日生效外，其餘自發布日施行 ( 原名稱：中央健康保險局對外提供資料收費標準 )

中華民國 99 年 7 月 30 日行政院衛生署中央健康保險局健保企字第 0990080248 號令修正發布全文 4 條；並自發布日施行

中華民國 100 年 7 月 29 日行政院衛生署中央健康保險局健保企字第 1000077725 號令修正發布名稱及全文 4 條；並自發布日施行 ( 原名稱 : 行政院衛生署中央健康保險局對外提供資料收費標準 )

第　一　條

本標準依據電腦處理個人資料保護法第十六條及規費法第十條第一項規定訂定之。

第　二　條

Ⅰ 保險人提供下列格式之個人資料，其收費如下：

一、簡易格式：每人次收費新臺幣三百元。

二、費用格式：每人次收費新臺幣六百元。

三、醫令格式：每人次收費新臺幣一千五百元。

Ⅱ 前項收費總額，每人次以新臺幣一千五百元為上限。

第　三　條

保險人提供前條以外格式之個人資料，其費用之計算，依下列各款定之：

一、作業人員費（含程式設計、機器操作及行政費用）：按實際投入人力，每人日新臺幣四千元；不足一人日者，以新臺幣二千元計收。

二、設備使用費：

（一）作業主機：每小時新臺幣一千三百元。

（二）倉儲主機：每小時新臺幣二千一百元。

第　四　條

本標準自發布日施行。

# 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十九條違約處分裁量基準

中華民國 96 年 2 月 8 日中央健康保險局健保醫字第 0960006334 號令訂定發布全文 8 點；並自 96 年 3 月 1 日生效

中華民國 96 年 4 月 16 日中央健康保險局健保醫字第 0960052202 號令修正發布第 2 點條文；並追溯自 96 年 3 月 20 日生效

中華民國 99 年 12 月 27 日行政院衛生署中央健康保險局健保查字第 0990083450 號令修正發布名稱及全文 6 點；並自 99 年 12 月 31 日生效 ( 原名稱：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十六條違規處分裁量基準 )

中華民國 102 年 1 月 21 日行政院衛生署中央健康保險局健保查字第 1020043971 號令修正發布名稱及全文 5 點；並自 102 年 1 月 1 日生效 ( 原名稱：全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條違約處分裁量基準 )

中華民國 102 年 7 月 3 日行政院衛生署中央健康保險局健保查字第 1020044070 號令修正發布全文 5 點；並自即日生效

中華民國 103 年 12 月 5 日衛生福利部中央健康保險署健保查字第 1030044285 號令修正發布全文 4 點

一、保險人辦理保險醫事服務機構有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱本辦法）第三十九條所列違規情事，應受停約處分案件時，為能符合比例原則，並達成處分一致性，爰訂定本裁量基準。

二、保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：

(一)保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數在二萬五千點以下者，處停約一個月。

(二)保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過二萬五千點，未逾五萬點者，處停約二個月。

(三)保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月。

三、依第二點第一款或第二款規定，應處停約一個月或二個月之保險醫事服務機構，如其主要違規類型有下列情事之一時，得加重其停約之月數：

(一)收集保險對象之保險憑證。

(二)以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。

(三)保險對象未實際住院而申報其住院之費用。

(四)多家保險醫事服務機構聯合虛報醫療費用。

(五)未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。

四、經依前點主要違規類型為加重處分之保險醫事服務機構，於同一案件，保險人訪查時，坦承違規事實，態度誠懇友善，並主動繳回其不當申報之費用者，得免予加重其停約月數。



# 附錄

# 個人資料保護法

中華民國 84 年 8 月 11 日總統 ( 84 ) 華總 ( 一 ) 義字第 5960 號令制定公布全文 45 條

中華民國 99 年 5 月 26 日總統華總一義字第 09900125121 號令修正公布名稱及全文 56 條；施行日期，由行政院定之，但現行條文第 19～22、43 條之刪除，自公布日施行 ( 原名稱：電腦處理個人資料保護法 )

中華民國 101 年 9 月 21 日行政院院臺法字第 1010056845 號令發布除第 6、54 條條文外，其餘條文定自 101 年 10 月 1 日施行

中華民國 104 年 12 月 30 日總統華總一義字第 10400152861 號令修正公布第 6～8、11、15、16、19、20、41、45、53、54 條條文；施行日期，由行政院定之；中華民國 105 年 2 月 25 日行政院院臺法字第 1050154280 號令發布定自 105 年 3 月 15 日施行

中華民國 108 年 1 月 10 日法務部法律字第 10803500010 號、國家發展委員會發法字第 1080080004A 號會銜公告第 53 條、第 55 條所列屬「法務部」之權責事項，改由「國家發展委員會」管轄

## 第一章　總則

第　一　條

為規範個人資料之蒐集、處理及利用，以避免人格權受侵害，並促進個人資料之合理利用，特制定本法。

第　二　條

本法用詞，定義如下：

一、個人資料：指自然人之姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、護照號碼、特徵、指紋、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查、犯罪前科、聯絡方式、財務情況、社會活動及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

二、個人資料檔案：指依系統建立而得以自動化機器或其他非自動化方式檢索、整理之個人資料之集合。

三、蒐集：指以任何方式取得個人資料。

四、處理：指為建立或利用個人資料檔案所為資料之記錄、輸入、儲存、編輯、更正、複製、檢索、刪除、輸出、連結或內部傳送。

五、利用：指將蒐集之個人資料為處理以外之使用。

六、國際傳輸：指將個人資料作跨國（境）之處理或利用。

七、公務機關：指依法行使公權力之中央或地方機關或行政法人。

八、非公務機關：指前款以外之自然人、法人或其他團體。

九、當事人：指個人資料之本人。

第　三　條

當事人就其個人資料依本法規定行使之下列權利，不得預先拋棄或以特約限制之：

一、查詢或請求閱覽。

二、請求製給複製本。

三、請求補充或更正。

四、請求停止蒐集、處理或利用。

五、請求刪除。

第　四　條

受公務機關或非公務機關委託蒐集、處理或利用個人資料者，於本法適用範圍內，視同委託機關。

第　五　條

個人資料之蒐集、處理或利用，應尊重當事人之權益，依誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯。

第　六　條

I 有關病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。但有下列情形之一者，不在此限：

一、法律明文規定。

二、公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。

三、當事人自行公開或其他已合法公開之個人資料。

四、公務機關或學術研究機構基於醫療、衛生或犯罪預防之目的，為統計或學術研究而有必要，且資料經過提供者處理後或經蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。

五、為協助公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務必要範圍內，且事前或事後有適當安全維護措施。

六、經當事人書面同意。但逾越特定目的之必要範圍或其他法律另有限制不得僅依當事人

書面同意蒐集、處理或利用，或其同意違反其意願者，不在此限。

Ⅱ 依前項規定蒐集、處理或利用個人資料，準用第八條、第九條規定；其中前項第六款之書面同意，準用第七條第一項、第二項及第四項規定，並以書面為之。

第　七　條

Ⅰ 第十五條第二款及第十九條第一項第五款所稱同意，指當事人經蒐集者告知本法所定應告知事項後，所為允許之意思表示。

Ⅱ 第十六條第七款、第二十條第一項第六款所稱同意，指當事人經蒐集者明確告知特定目的外之其他利用目的、範圍及同意與否對其權益之影響後，單獨所為之意思表示。

Ⅲ 公務機關或非公務機關明確告知當事人第八條第一項各款應告知事項時，當事人如未表示拒絕，並已提供其個人資料者，推定當事人已依第十五條第二款、第十九條第一項第五款之規定表示同意。

Ⅳ 蒐集者就本法所稱經當事人同意之事實，應負舉證責任。

第　八　條

Ⅰ 公務機關或非公務機關依第十五條或第十九條規定向當事人蒐集個人資料時，應明確告知當事人下列事項：

一、公務機關或非公務機關名稱。

二、蒐集之目的。

三、個人資料之類別。

四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式。

五、當事人依第三條規定得行使之權利及方式。
六、當事人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響。

Ⅱ 有下列情形之一者，得免為前項之告知：
一、依法律規定得免告知。
二、個人資料之蒐集係公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務所必要。
三、告知將妨害公務機關執行法定職務。
四、告知將妨害公共利益。
五、當事人明知應告知之內容。
六、個人資料之蒐集非基於營利之目的，且對當事人顯無不利之影響。

第　九　條

Ⅰ 公務機關或非公務機關依第十五條或第十九條規定蒐集非由當事人提供之個人資料，應於處理或利用前，向當事人告知個人資料來源及前條第一項第一款至第五款所列事項。

有下列情形之一者，得免為前項之告知：
一、有前條第二項所列各款情形之一。
二、當事人自行公開或其他已合法公開之個人資料。
三、不能向當事人或其法定代理人為告知。
四、基於公共利益為統計或學術研究之目的而有必要，且該資料須經提供者處理後或蒐集者依其揭露方式，無從識別特定當事人者為限。
五、大眾傳播業者基於新聞報導之公益目的而蒐集個人資料。

Ⅱ 第一項之告知，得於首次對當事人為利用時併同為之。

第　十　條

公務機關或非公務機關應依當事人之請求，就其蒐集之個人資料，答覆查詢、提供閱覽或製給複製本。但有下列情形之一者，不在此限：

一、妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益。

二、妨害公務機關執行法定職務。

三、妨害該蒐集機關或第三人之重大利益。

第　十一　條

Ⅰ 公務機關或非公務機關應維護個人資料之正確，並應主動或依當事人之請求更正或補充之。

Ⅱ 個人資料正確性有爭議者，應主動或依當事人之請求停止處理或利用。但因執行職務或業務所必須，或經當事人書面同意，並經註明其爭議者，不在此限。

Ⅲ 個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，應主動或依當事人之請求，刪除、停止處理或利用該個人資料。但因執行職務或業務所必須或經當事人書面同意者，不在此限。

Ⅳ 違反本法規定蒐集、處理或利用個人資料者，應主動或依當事人之請求，刪除、停止蒐集、處理或利用該個人資料。

Ⅴ 因可歸責於公務機關或非公務機關之事由，未為更正或補充之個人資料，應於更正或補充後，通知曾提供利用之對象。

第　十二　條

公務機關或非公務機關違反本法規定，致個人資料被竊取、洩漏、竄改或其他侵害者，應查明後以適當方式通知當事人。

第　十三　條

Ⅰ 公務機關或非公務機關受理當事人依第十條規定之請求，應於十五日內，為准駁之決定；必要時，得予延長，延長之期間不得逾十五日，並應將其原因以書面通知請求人。

Ⅱ 公務機關或非公務機關受理當事人依第十一條規定之請求，應於三十日內，為准駁之決定；必要時，得予延長，延長之期間不得逾三十日，並應將其原因以書面通知請求人。

第　十四　條

查詢或請求閱覽個人資料或製給複製本者，公務機關或非公務機關得酌收必要成本費用。

## 第 二 章　公務機關對個人資料之蒐集、處理及利用

第　十五　條

公務機關對個人資料之蒐集或處理，除第六條第一項所規定資料外，應有特定目的，並符合下列情形之一者：

一、執行法定職務必要範圍內。

二、經當事人同意。

三、對當事人權益無侵害。

第　十六　條

公務機關對個人資料之利用，除第六條第一項所規定資料外，應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。但有下列情形之一者，得為特定目的外之利用：

一、法律明文規定。

二、為維護國家安全或增進公共利益所必要。

三、為免除當事人之生命、身體、自由或財產上之危險。

四、為防止他人權益之重大危害。
五、公務機關或學術研究機構基於公共利益為統計或學術研究而有必要，且資料經過提供者處理後或蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。
六、有利於當事人權益。
七、經當事人同意。

第 十七 條

公務機關應將下列事項公開於電腦網站，或以其他適當方式供公眾查閱；其有變更者，亦同：
一、個人資料檔案名稱。
二、保有機關名稱及聯絡方式。
三、個人資料檔案保有之依據及特定目的。
四、個人資料之類別。

第 十八 條

公務機關保有個人資料檔案者，應指定專人辦理安全維護事項，防止個人資料被竊取、竄改、毀損、滅失或洩漏。

## 第 三 章　非公務機關對個人資料之蒐集、處理及利用

第 十九 條

Ⅰ 非公務機關對個人資料之蒐集或處理，除第六條第一項所規定資料外，應有特定目的，並符合下列情形之一者：
一、法律明文規定。
二、與當事人有契約或類似契約之關係，且已採取適當之安全措施。
三、當事人自行公開或其他已合法公開之個人資料。

四、學術研究機構基於公共利益為統計或學術研究而有必要，且資料經過提供者處理後或經蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。

五、經當事人同意。

六、為增進公共利益所必要。

七、個人資料取自於一般可得之來源。但當事人對該資料之禁止處理或利用，顯有更值得保護之重大利益者，不在此限。

八、對當事人權益無侵害。

Ⅱ 蒐集或處理者知悉或經當事人通知依前項第七款但書規定禁止對該資料之處理或利用時，應主動或依當事人之請求，刪除、停止處理或利用該個人資料。

第 二十 條

Ⅰ 非公務機關對個人資料之利用，除第六條第一項所規定資料外，應於蒐集之特定目的必要範圍內為之。但有下列情形之一者，得為特定目的外之利用：

一、法律明文規定。

二、為增進公共利益所必要。

三、為免除當事人之生命、身體、自由或財產上之危險。

四、為防止他人權益之重大危害。

五、公務機關或學術研究機構基於公共利益為統計或學術研究而有必要，且資料經過提供者處理後或經蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。

六、經當事人同意。

七、有利於當事人權益。

Ⅱ 非公務機關依前項規定利用個人資料行銷者，當事人表示拒絕接受行銷時，應即停止利用其個人資料行銷。

Ⅲ 非公務機關於首次行銷時，應提供當事人表示拒絕接受行銷之方式，並支付所需費用。

第 二十一 條

非公務機關為國際傳輸個人資料，而有下列情形之一者，中央目的事業主管機關得限制之：

一、涉及國家重大利益。

二、國際條約或協定有特別規定。

三、接受國對於個人資料之保護未有完善之法規，致有損當事人權益之虞。

四、以迂迴方法向第三國（地區）傳輸個人資料規避本法。

第 二十二 條

Ⅰ 中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府為執行資料檔案安全維護、業務終止資料處理方法、國際傳輸限制或其他例行性業務檢查而認有必要或有違反本法規定之虞時，得派員攜帶執行職務證明文件，進入檢查，並得命相關人員為必要之說明、配合措施或提供相關證明資料。

Ⅱ 中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府為前項檢查時，對於得沒入或可為證據之個人資料或其檔案，得扣留或複製之。對於應扣留或複製之物，得要求其所有人、持有人或保管人提出或交付；無正當理由拒絕提出、交付或抗拒扣留或複製者，得採取對該非公務機關權益損害最少之方法強制為之。

Ⅲ 中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府為第一項檢查時，得率同資訊、電信或法律等專業人員共同為之。

Ⅳ 對於第一項及第二項之進入、檢查或處分，非公務機關及其相關人員不得規避、妨礙或拒絕。

Ⅴ 參與檢查之人員，因檢查而知悉他人資料者，負保密義務。

第 二十三 條

Ⅰ 對於前條第二項扣留物或複製物，應加封緘或其他標識，並為適當之處置；其不便搬運或保管者，得命人看守或交由所有人或其他適當之人保管。

Ⅱ 扣留物或複製物已無留存之必要，或決定不予處罰或未為沒入之裁處者，應發還之。但應沒入或為調查他案應留存者，不在此限。

第 二十四 條

Ⅰ 非公務機關、物之所有人、持有人、保管人或利害關係人對前二條之要求、強制、扣留或複製行為不服者，得向中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府聲明異議。

Ⅱ 前項聲明異議，中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府認為有理由者，應立即停止或變更其行為；認為無理由者，得繼續執行。經該聲明異議之人請求時，應將聲明異議之理由製作紀錄交付之。

Ⅲ 對於中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府前項決定不服者，僅得於對該案件之實體決定聲明不服時一併聲明之。但第一項之人依法不得對該案件之實體決定聲明不服時，得單獨對第一項之行為逕行提起行政訴訟。

第 二十五 條

Ⅰ 非公務機關有違反本法規定之情事者，中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府除依本法規定裁處罰鍰外，並得為下列處分：

一、禁止蒐集、處理或利用個人資料。

二、命令刪除經處理之個人資料檔案。

三、沒入或命銷燬違法蒐集之個人資料。

四、公布非公務機關之違法情形，及其姓名或名稱與負責人。

Ⅱ 中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府為前項處分時，應於防制違反本法規定情事之必要範圍內，採取對該非公務機關權益損害最少之方法為之。

第 二十六 條

中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府依第二十二條規定檢查後，未發現有違反本法規定之情事者，經該非公務機關同意後，得公布檢查結果。

第 二十七 條

Ⅰ 非公務機關保有個人資料檔案者，應採行適當之安全措施，防止個人資料被竊取、竄改、毀損、滅失或洩漏。

Ⅱ 中央目的事業主管機關得指定非公務機關訂定個人資料檔案安全維護計畫或業務終止後個人資料處理方法。

Ⅲ 前項計畫及處理方法之標準等相關事項之辦法，由中央目的事業主管機關定之。

## 第 四 章　損害賠償及團體訴訟

第 二十八 條

Ⅰ 公務機關違反本法規定，致個人資料遭不法蒐集、處理、利用或其他侵害當事人權利者，負損害賠償責任。但損害因天災、事變或其他不可抗力所致者，不在此限。

Ⅱ 被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額；其名譽被侵害者，並得請求為回復名譽之適當處分。

Ⅲ 依前二項情形，如被害人不易或不能證明其實際損害額時，得請求法院依侵害情節，以每人每一事件新臺幣五百元以上二萬元以下計算。

Ⅳ 對於同一原因事實造成多數當事人權利受侵害之事件，經當事人請求損害賠償者，其合計最高總額以新臺幣二億元為限。但因該原因事實所涉利益超過新臺幣二億元者，以該所涉利益為限。

Ⅴ 同一原因事實造成之損害總額逾前項金額時，被害人所受賠償金額，不受第三項所定每人每一事件最低賠償金額新臺幣五百元之限制。

Ⅵ 第二項請求權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約承諾或已起訴者，不在此限。

第 二十九 條

Ⅰ 非公務機關違反本法規定，致個人資料遭不法蒐集、處理、利用或其他侵害當事人權利者，負損害賠償責任。但能證明其無故意或過失者，不在此限。

Ⅱ 依前項規定請求賠償者，適用前條第二項至第六項規定。

第　三十　條

損害賠償請求權，自請求權人知有損害及賠償義務人時起，因二年間不行使而消滅；自損害發生時起，逾五年者，亦同。

第　三十一　條

損害賠償，除依本法規定外，公務機關適用國家賠償法之規定，非公務機關適用民法之規定。

第　三十二　條

依本章規定提起訴訟之財團法人或公益社團法人，應符合下列要件：

一、財團法人之登記財產總額達新臺幣一千萬元或社團法人之社員人數達一百人。

二、保護個人資料事項於其章程所定目的範圍內。

三、許可設立三年以上。

第　三十三　條

Ⅰ 依本法規定對於公務機關提起損害賠償訴訟者，專屬該機關所在地之地方法院管轄。對於非公務機關提起者，專屬其主事務所、主營業所或住所地之地方法院管轄。

Ⅱ 前項非公務機關為自然人，而其在中華民國現無住所或住所不明者，以其在中華民國之居所，視為其住所；無居所或居所不明者，以其在中華民國最後之住所，視為其住所；無最後住所者，專屬中央政府所在地之地方法院管轄。

Ⅲ 第一項非公務機關為自然人以外之法人或其他團體，而其在中華民國現無主事務所、主營業所或主事務所、主營業所不明者，專屬中央政府所在地之地方法院管轄。

第 三十四 條

Ⅰ 對於同一原因事實造成多數當事人權利受侵害之事件，財團法人或公益社團法人經受有損害之當事人二十人以上以書面授與訴訟實施權者，得以自己之名義，提起損害賠償訴訟。當事人得於言詞辯論終結前以書面撤回訴訟實施權之授與，並通知法院。

Ⅱ 前項訴訟，法院得依聲請或依職權公告曉示其他因同一原因事實受有損害之當事人，得於一定期間內向前項起訴之財團法人或公益社團法人授與訴訟實施權，由該財團法人或公益社團法人於第一審言詞辯論終結前，擴張應受判決事項之聲明。

Ⅲ 其他因同一原因事實受有損害之當事人未依前項規定授與訴訟實施權者，亦得於法院公告曉示之一定期間內起訴，由法院併案審理。

Ⅳ 其他因同一原因事實受有損害之當事人，亦得聲請法院為前項之公告。

Ⅴ 前二項公告，應揭示於法院公告處、資訊網路及其他適當處所；法院認為必要時，並得命登載於公報或新聞紙，或用其他方法公告之，其費用由國庫墊付。

Ⅵ 依第一項規定提起訴訟之財團法人或公益社團法人，其標的價額超過新臺幣六十萬元者，超過部分暫免徵裁判費。

第 三十五 條

Ⅰ 當事人依前條第一項規定撤回訴訟實施權之授與者，該部分訴訟程序當然停止，該當事人應即

聲明承受訴訟，法院亦得依職權命該當事人承受訴訟。

Ⅱ 財團法人或公益社團法人依前條規定起訴後，因部分當事人撤回訴訟實施權之授與，致其餘部分不足二十人者，仍得就其餘部分繼續進行訴訟。

第 三十六 條

各當事人於第三十四條第一項及第二項之損害賠償請求權，其時效應分別計算。

第 三十七 條

Ⅰ 財團法人或公益社團法人就當事人授與訴訟實施權之事件，有為一切訴訟行為之權。但當事人得限制其為捨棄、撤回或和解。

Ⅱ 前項當事人中一人所為之限制，其效力不及於其他當事人。

Ⅲ 第一項之限制，應於第三十四條第一項之文書內表明，或以書狀提出於法院。

第 三十八 條

Ⅰ 當事人對於第三十四條訴訟之判決不服者，得於財團法人或公益社團法人上訴期間屆滿前，撤回訴訟實施權之授與，依法提起上訴。

Ⅱ 財團法人或公益社團法人於收受判決書正本後，應即將其結果通知當事人，並應於七日內將是否提起上訴之意旨以書面通知當事人。

第 三十九 條

Ⅰ 財團法人或公益社團法人應將第三十四條訴訟結果所得之賠償，扣除訴訟必要費用後，分別交付授與訴訟實施權之當事人。

Ⅱ 提起第三十四條第一項訴訟之財團法人或公益社團法人，均不得請求報酬。

第 四十 條

依本章規定提起訴訟之財團法人或公益社團法人，應委任律師代理訴訟。

## 第 五 章　罰則

第 四十一 條

意圖為自己或第三人不法之利益或損害他人之利益，而違反第六條第一項、第十五條、第十六條、第十九條、第二十條第一項規定，或中央目的事業主管機關依第二十一條限制國際傳輸之命令或處分，足生損害於他人者，處五年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金。

第 四十二 條

意圖為自己或第三人不法之利益或損害他人之利益，而對於個人資料檔案為非法變更、刪除或以其他非法方法，致妨害個人資料檔案之正確而足生損害於他人者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣一百萬元以下罰金。

第 四十三 條

中華民國人民在中華民國領域外對中華民國人民犯前二條之罪者，亦適用之。

第 四十四 條

公務員假借職務上之權力、機會或方法，犯本章之罪者，加重其刑至二分之一。

第 四十五 條

本章之罪，須告訴乃論。但犯第四十一條之罪者，或對公務機關犯第四十二條之罪者，不在此限。

第 四十六 條

犯本章之罪，其他法律有較重處罰規定者，從其規定。

第 四十七 條

非公務機關有下列情事之一者，由中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令限期改正，屆期未改正者，按次處罰之：

一、違反第六條第一項規定。

二、違反第十九條規定。

三、違反第二十條第一項規定。

四、違反中央目的事業主管機關依第二十一條規定限制國際傳輸之命令或處分。

第 四十八 條

非公務機關有下列情事之一者，由中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府限期改正，屆期未改正者，按次處新臺幣二萬元以上二十萬元以下罰鍰：

一、違反第八條或第九條規定。

二、違反第十條、第十一條、第十二條或第十三條規定。

三、違反第二十條第二項或第三項規定。

四、違反第二十七條第一項或未依第二項訂定個人資料檔案安全維護計畫或業務終止後個人資料處理方法。

第 四十九 條

非公務機關無正當理由違反第二十二條第四項規定者，由中央目的事業主管機關或直轄市、縣

（市）政府處新臺幣二萬元以上二十萬元以下罰鍰。

第　五十　條

非公務機關之代表人、管理人或其他有代表權人，因該非公務機關依前三條規定受罰鍰處罰時，除能證明已盡防止義務者外，應並受同一額度罰鍰之處罰。

## 第六章　附則

第　五十一　條

Ⅰ 有下列情形之一者，不適用本法規定：

一、自然人為單純個人或家庭活動之目的，而蒐集、處理或利用個人資料。

二、於公開場所或公開活動中所蒐集、處理或利用之未與其他個人資料結合之影音資料。

Ⅱ 公務機關及非公務機關，在中華民國領域外對中華民國人民個人資料蒐集、處理或利用者，亦適用本法。

第　五十二　條

Ⅰ 第二十二條至第二十六條規定由中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府執行之權限，得委任所屬機關、委託其他機關或公益團體辦理；其成員因執行委任或委託事務所知悉之資訊，負保密義務。

Ⅱ 前項之公益團體，不得依第三十四條第一項規定接受當事人授與訴訟實施權，以自己之名義提起損害賠償訴訟。

第 五十三 條

法務部應會同中央目的事業主管機關訂定特定目的及個人資料類別，提供公務機關及非公務機關參考使用。

第 五十四 條

Ⅰ 本法中華民國九十九年五月二十六日修正公布之條文施行前，非由當事人提供之個人資料，於本法一百零四年十二月十五日修正之條文施行後為處理或利用者，應於處理或利用前，依第九條規定向當事人告知。

Ⅱ 前項之告知，得於本法中華民國一百零四年十二月十五日修正之條文施行後首次利用時併同為之。

Ⅲ 未依前二項規定告知而利用者，以違反第九條規定論處。

第 五十五 條

本法施行細則，由法務部定之。

第 五十六 條

Ⅰ 本法施行日期，由行政院定之。

Ⅱ 現行條文第十九條至第二十二條及第四十三條之刪除，自公布日施行。

Ⅲ 前項公布日於現行條文第四十三條第二項指定之事業、團體或個人應於指定之日起六個月內辦理登記或許可之期間內者，該指定之事業、團體或個人得申請終止辦理，目的事業主管機關於終止辦理時，應退還已繳規費。已辦理完成者，亦得申請退費。

Ⅳ 前項退費，應自繳費義務人繳納之日起，至目的事業主管機關終止辦理之日止，按退費額，依繳

費之日郵政儲金之一年期定期存款利率，按日加計利息，一併退還。已辦理完成者，其退費，應自繳費義務人繳納之日起，至目的事業主管機關核准申請之日止，亦同。

# 個人資料保護法施行細則

中華民國 85 年 5 月 1 日法務部（85）法令字第 10259 號令訂定發布全文 46 條
中華民國 101 年 9 月 26 日法務部法令字第 10103107360 號令修正發布名稱及全文 33 條；並自 101 年 10 月 1 日施行（原名稱：電腦處理個人資料保護法施行細則）
中華民國 105 年 3 月 2 日法務部法令字第 10503502120 號令修正發布第 9～15、17、18 條條文；並自 105 年 3 月 15 日施行
中華民國 108 年 1 月 10 日法務部法律字第 10803500010 號、國家發展委員會發法字第 1080080004A 號會銜公告第 33 條所列屬「法務部」之權責事項，改由「國家發展委員會」管轄

第　一　條

本細則依個人資料保護法（以下簡稱本法）第五十五條規定訂定之。

第　二　條

本法所稱個人，指現生存之自然人。

第　三　條

本法第二條第一款所稱得以間接方式識別，指保有該資料之公務或非公務機關僅以該資料不能直接識別，須與其他資料對照、組合、連結等，始能識別該特定之個人。

第　四　條

Ⅰ 本法第二條第一款所稱病歷之個人資料，指醫療法第六十七條第二項所列之各款資料。

Ⅱ 本法第二條第一款所稱醫療之個人資料，指病歷及其他由醫師或其他之醫事人員，以治療、矯正、

預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，或其他醫學上之正當理由，所為之診察及治療；或基於以上之診察結果，所為處方、用藥、施術或處置所產生之個人資料。

Ⅲ 本法第二條第一款所稱基因之個人資料，指由人體一段去氧核醣核酸構成，為人體控制特定功能之遺傳單位訊息。

Ⅳ 本法第二條第一款所稱性生活之個人資料，指性取向或性慣行之個人資料。

Ⅴ 本法第二條第一款所稱健康檢查之個人資料，指非針對特定疾病進行診斷或治療之目的，而以醫療行為施以檢查所產生之資料。

Ⅵ 本法第二條第一款所稱犯罪前科之個人資料，指經緩起訴、職權不起訴或法院判決有罪確定、執行之紀錄。

第　五　條

本法第二條第二款所定個人資料檔案，包括備份檔案。

第　六　條

Ⅰ 本法第二條第四款所稱刪除，指使已儲存之個人資料自個人資料檔案中消失。

Ⅱ 本法第二條第四款所稱內部傳送，指公務機關或非公務機關本身內部之資料傳送。

第　七　條

受委託蒐集、處理或利用個人資料之法人、團體或自然人，依委託機關應適用之規定為之。

第　八　條

Ⅰ 委託他人蒐集、處理或利用個人資料時，委託機關應對受託者為適當之監督。

Ⅱ 前項監督至少應包含下列事項：

一、預定蒐集、處理或利用個人資料之範圍、類別、特定目的及其期間。

二、受託者就第十二條第二項採取之措施。

三、有複委託者，其約定之受託者。

四、受託者或其受僱人違反本法、其他個人資料保護法律或其法規命令時，應向委託機關通知之事項及採行之補救措施。

五、委託機關如對受託者有保留指示者，其保留指示之事項。

六、委託關係終止或解除時，個人資料載體之返還，及受託者履行委託契約以儲存方式而持有之個人資料之刪除。

Ⅲ 第一項之監督，委託機關應定期確認受託者執行之狀況，並將確認結果記錄之。

Ⅳ 受託者僅得於委託機關指示之範圍內，蒐集、處理或利用個人資料。受託者認委託機關之指示有違反本法、其他個人資料保護法律或其法規命令者，應立即通知委託機關。

第　九　條

本法第六條第一項但書第一款、第八條第二項第一款、第十六條但書第一款、第十九條第一項第一款、第二十條第一項但書第一款所稱法律，指法律或法律具體明確授權之法規命令。

第　十　條

本法第六條第一項但書第二款及第五款、第八條第二項第二款及第三款、第十條但書第二款、第十五條第一款、第十六條所稱法定職務，指於下列法規中所定公務機關之職務：

一、法律、法律授權之命令。
二、自治條例。
三、法律或自治條例授權之自治規則。
四、法律或中央法規授權之委辦規則。

第　十一　條

本法第六條第一項但書第二款及第五款、第八條第二項第二款所稱法定義務，指非公務機關依法律或法律具體明確授權之法規命令所定之義務。

第　十二　條

Ⅰ本法第六條第一項但書第二款及第五款所稱適當安全維護措施、第十八條所稱安全維護事項、第十九條第一項第二款及第二十七條第一項所稱適當之安全措施，指公務機關或非公務機關為防止個人資料被竊取、竄改、毀損、滅失或洩漏，採取技術上及組織上之措施。

Ⅱ前項措施，得包括下列事項，並以與所欲達成之個人資料保護目的間，具有適當比例為原則：

一、配置管理之人員及相當資源。
二、界定個人資料之範圍。
三、個人資料之風險評估及管理機制。
四、事故之預防、通報及應變機制。
五、個人資料蒐集、處理及利用之內部管理程序。
六、資料安全管理及人員管理。
七、認知宣導及教育訓練。
八、設備安全管理。
九、資料安全稽核機制。
十、使用紀錄、軌跡資料及證據保存。
十一、個人資料安全維護之整體持續改善。

第　十三　條

Ⅰ 本法第六條第一項但書第三款、第九條第二項第二款、第十九條第一項第三款所稱當事人自行公開之個人資料，指當事人自行對不特定人或特定多數人揭露其個人資料。

Ⅱ 本法第六條第一項但書第三款、第九條第二項第二款、第十九條第一項第三款所稱已合法公開之個人資料，指依法律或法律具體明確授權之法規命令所公示、公告或以其他合法方式公開之個人資料。

第　十四　條

本法第六條第一項但書第六款、第十一條第二項及第三項但書所定當事人書面同意之方式，依電子簽章法之規定，得以電子文件為之。

第　十五　條

本法第七條第二項所定單獨所為之意思表示，如係與其他意思表示於同一書面為之者，蒐集者應於適當位置使當事人得以知悉其內容並確認同意。

第　十六　條

依本法第八條、第九條及第五十四條所定告知之方式，得以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件或其他足以使當事人知悉或可得知悉之方式為之。

第　十七　條

本法第六條第一項但書第四款、第九條第二項第四款、第十六條但書第五款、第十九條第一項第四款及第二十條第一項但書第五款所稱無從識

別特定當事人，指個人資料以代碼、匿名、隱藏部分資料或其他方式，無從辨識該特定個人者。

第 十八 條

本法第十條但書第三款所稱妨害第三人之重大利益，指有害於第三人個人之生命、身體、自由、財產或其他重大利益。

第 十九 條

當事人依本法第十一條第一項規定向公務機關或非公務機關請求更正或補充其個人資料時，應為適當之釋明。

第 二十 條

本法第十一條第三項所稱特定目的消失，指下列各款情形之一：

一、公務機關經裁撤或改組而無承受業務機關。

二、非公務機關歇業、解散而無承受機關，或所營事業營業項目變更而與原蒐集目的不符。

三、特定目的已達成而無繼續處理或利用之必要。

四、其他事由足認該特定目的已無法達成或不存在。

第 二十一 條

有下列各款情形之一者，屬於本法第十一條第三項但書所定因執行職務或業務所必須：

一、有法令規定或契約約定之保存期限。

二、有理由足認刪除將侵害當事人值得保護之利益。

三、其他不能刪除之正當事由。

第 二十二 條

Ⅰ 本法第十二條所稱適當方式通知，指即時以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件或其他足以使當事人知悉或可得知悉之方式為之。但需費過鉅者，得斟酌技術之可行性及當事人隱私之保護，以網際網路、新聞媒體或其他適當公開方式為之。

Ⅱ 依本法第十二條規定通知當事人，其內容應包括個人資料被侵害之事實及已採取之因應措施。

第 二十三 條

Ⅰ 公務機關依本法第十七條規定為公開，應於建立個人資料檔案後一個月內為之；變更時，亦同。公開方式應予以特定，並避免任意變更。

Ⅱ 本法第十七條所稱其他適當方式，指利用政府公報、新聞紙、雜誌、電子報或其他可供公眾查閱之方式為公開。

第 二十四 條

公務機關保有個人資料檔案者，應訂定個人資料安全維護規定。

第 二十五 條

Ⅰ 本法第十八條所稱專人，指具有管理及維護個人資料檔案之能力，且足以擔任機關之個人資料檔案安全維護經常性工作之人員。

Ⅱ 公務機關為使專人具有辦理安全維護事項之能力，應辦理或使專人接受相關專業之教育訓練。

第 二十六 條

本法第十九條第一項第二款所定契約或類似契約之關係，不以本法修正施行後成立者為限。

第 二十七 條

Ⅰ 本法第十九條第一項第二款所定契約關係，包括本約，及非公務機關與當事人間為履行該契約，所涉及必要第三人之接觸、磋商或聯繫行為及給付或向其為給付之行為。

Ⅱ 本法第十九條第一項第二款所稱類似契約之關係，指下列情形之一者：

一、非公務機關與當事人間於契約成立前，為準備或商議訂立契約或為交易之目的，所進行之接觸或磋商行為。

二、契約因無效、撤銷、解除、終止而消滅或履行完成時，非公務機關與當事人為行使權利、履行義務，或確保個人資料完整性之目的所為之連繫行為。

第 二十八 條

本法第十九條第一項第七款所稱一般可得之來源，指透過大眾傳播、網際網路、新聞、雜誌、政府公報及其他一般人可得知悉或接觸而取得個人資料之管道。

第 二十九 條

依本法第二十二條規定實施檢查時，應注意保守秘密及被檢查者之名譽。

第 三十 條

Ⅰ 依本法第二十二條第二項規定，扣留或複製得沒入或可為證據之個人資料或其檔案時，應掣給收據，載明其名稱、數量、所有人、地點及時間。

Ⅱ 依本法第二十二條第一項及第二項規定實施檢查後，應作成紀錄。

Ⅲ 前項紀錄當場作成者，應使被檢查者閱覽及簽名，並即將副本交付被檢查者；其拒絕簽名者，應記明其事由。

Ⅳ 紀錄於事後作成者，應送達被檢查者，並告知得於一定期限內陳述意見。

第 三十一 條

本法第五十二條第一項所稱之公益團體，指依民法或其他法律設立並具備個人資料保護專業能力之公益社團法人、財團法人及行政法人。

第 三十二 條

本法修正施行前已蒐集或處理由當事人提供之個人資料，於修正施行後，得繼續為處理及特定目的內之利用；其為特定目的外之利用者，應依本法修正施行後之規定為之。

第 三十三 條

本細則施行日期，由法務部定之。

# 全民健康保險法相關大法官解釋

**釋字第 472 號解釋**（憲 15、19、23、155、157；憲增 10、本法 10、11 之 1、30、69 之 1、85、87、89）

**解釋爭點：健保法就強制納保、繳費及滯納金之規定違憲？**

**解釋文**

國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，憲法第一百五十五條及第一百五十七條分別定有明文。又國家應推行全民健康保險，復為憲法增修條文第十條第五項所明定。中華民國八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第十一條之一、第六十九條之一及第八十七條**有關強制納保、繳納保費，係基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨；同法第三十條有關加徵滯納金之規定，則係促使投保單位或被保險人履行其繳納保費義務之必要手段。全民健康保險法上開條文與憲法第二十三條亦無牴觸**。惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。

**已依法參加公、勞、農保之人員亦須強制其加入全民健康保險，係增進公共利益所必要，難謂有違信賴保護原則。**惟有關機關仍應本於全民健康保險法施行時，該法第八十五條限期提出改制方案之考量，依本解釋意旨，並就保險之營運（包括承保機構之多元化）、保險對象之類別、投保金額、保險費率、醫療給付、撙節開支及暫行拒絕保險給付之當否等，適時通盤檢討改進，併此指明。（88.1.29）

**理由書**

法律之制定與修正，為立法院之職權，行政院依憲法規定，僅得對立法院提出法律案。全民健康保險法第八十九條規定：「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效」，係指行政院應於本法實施二年後，重新檢討本法實施所面臨問題，並向立法院提出修正案而言。行政院已依同條規定於八十六年七月二十三日向立法院提出全民健康保險法修正草案，尚不發生本法效力存否之問題，合先敘明。

「國家為謀社會福利，應實現社會保險制度」、「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」及「國家應推行全民健康保險」，既為憲法第一百五十五條、第一百五十七條及憲法增修條文第十條第五項明定之基本國策，立法機關自得制定符合上開憲法意旨之相關法律。至全民健康保險制度應如何設計，則屬立法裁量之範圍。八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法即為實現上開憲法規定而制定。該法第十一條之一、第六十九條之一及第八十七條關於強制全民參加全民健康保險之規定，**係國家為達成全民納入健康保險，以履行對全體國民提供健康照護之責任所必要，符合憲法推行全民健康保險之意旨。同法第三十條有關加徵滯納金之規定，係為促使投保單位或被保險人履行公法上金錢給付之義務，與前述強制納保均係實現全民健康保險之合理手段，應無逾越憲法第二十三條規定之必要程度。惟對於無力繳納保費者，國家應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣。**

公務人員、勞工、農民已依公務人員保險法、勞工保險條例及農民健康保險條例規定分別參加公務人員保險、勞工保險、農民保險，復依全民健康保險法規定，須參加全民健康保險，係基於整合公勞農保之醫療給付，建立全國單一、公平之健康保險體系之目的，具有促使醫療資源合理分配，發揮社會保險之功能。**此種強制性之社會保險，其保險之條件係由法律規定，一**

**體實施，與依個人意願參加之保險契約有間，立法機關盱衡社會發展之需要，制定或修改法律，變更各項社會保險之規定，建立符合憲法意旨之社會安全制度，不生違背信賴保護利益之問題。**惟有關機關仍應本於全民健康保險法施行時，該法第八十五條限期提出改制方案之考量，依本解釋意旨，並就保險之營運（包括承保機構之多元化）、保險對象之類別、投保金額、保險費率、醫療給付、撙節開支及暫行拒絕保險給付之當否等，適時通盤檢討改進。又農民健康保險條例於全民健康保險法施行後，關於其醫療保險部分，係以行政院函釋為權宜措施之依據，有欠允當，有關機關尤應注意及之，併此指明。

## 釋字第 473 號解釋（憲 15、本法 8、18、21、22；本法施細 41）

**解釋爭點：健保法細則就專技人員投保金額之規定違憲？**

**解釋文**

全民健康保險法第十八條規定同法第八條所定第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。**此項保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質，保險費率係依預期損失率，經精算予以核計。其衡酌之原則以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度，**鑑於全民健康保險為社會保險，**對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能，**全民健康保險法第二十一條第一項乃規定授權主管機關訂定被保險人投保金額之分級表，為計算被保險人應負擔保險費之依據。依同法第二十二條第一項第三款及第三項規定專門職業及技術人員自行執業而無固定所得者，其投保金額由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報。準此，全民健康保險法施行細則第四十一條第一項第四款規定，專門職業及技術人員自行執業者，其投保金額以分級表最高一級為上限，以勞工保險投保薪資分級表最

高一級為下限，係基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質，符合母法授權之意旨，與憲法保障財產權之旨趣，並不違背。(88.1.29)

**理由書**

全民健康保險之保險費係為確保全民健康保險制度之運作而向被保險人強制收取之費用，屬於公法上金錢給付之一種，具分擔金之性質。依全民健康保險法第十八條規定，同法第八條所定第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。國家因公共利益之目的而設立機構，為維持其功能而向受益者收取分擔金，由於負擔分擔金之受益者，並非事實上已受領國家之給付，僅以取得受領給付之機會為已足，是收取分擔金之原則，係以平衡受益與負擔為目的，復因受益者受領給付之機會及其價值如何，無從具體詳細確定，故唯有採用預估方式予以認定。全民健康保險之被保險人繳交保險費，係以受領國家保險給付為標的，由國家用以支應維持全民健康制度必要之費用，此項保險費率自應依預期損失率，經精算予以核計。其斟酌之原則首重損益之衡平，亦即全民健康保險給付與被保險人負擔之保險費額必須相當，以填補國家提供保險給付支出之一切費用為度。因為保險費額之確定並非與被保險人將來受領給付之多寡按比例計算，**鑑於全民健康保險為社會保險，對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，並顧及被保險人相互間之收入及負擔能力差距甚大，決定保險費時不可能精確考量各被保險人不同的資力，爰以類型化方式合理計算投保金額，俾收簡化之功能。**全民健康保險法第二十一條第一項乃規定授權主管機關訂定被保險人投保金額之分級表，為計算被保險人應負擔保險費之基礎。依同法第二十二條第一項第三款規定，專門職業及技術人員自行執業之被保險人以其執行業務所得為投保金額。同條第三項復規定上開被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。準此，**全**

**民健康保險法施行細則第四十一條第一項第四款規定**：「僱用被保險人數二十人以上之事業負責人及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，**按投保金額分級表最高一級申報。但其所得未達投保金額分級表最高一級者，得自行舉證申報其投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。」其立法意旨係依全民健康保險制度之功能，經預估有關費用之需求，精算保險費率，核計各該被保險人之投保金額，乃基於法律規定衡量被保險人從事職業之性質而為，符合母法授權之意旨，與憲法保障財產權之旨趣，並不違背。**

## 釋字第 524 號解釋（本法 5、31、39、41、51；藥事 102；醫療辦法 31）

**解釋爭點：健保法第 31 條及授權所定之醫療辦法等規定違憲？**

**解釋文**

全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。**若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。**

全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告。又同法第三十一條規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」

「前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項，中華民國八十四年二月二十四日發布之全民健康保險醫療辦法，不僅其中有涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務事項，且在法律無轉委任之授權下，該辦法第三十一條第二項，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾母法授權之範圍。另同法第四十一條第三款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十一條所謂之醫療費用支付標準及藥價基準，僅係授權主管機關對醫療費用及藥價之支出擬訂合理之審核基準，亦不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。上開法律及有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。(90.4.20)

**理由書**

全民健康保險之被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議，應由主管機關所設置之全民健康保險爭議審議委員會先行審議，被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，其救濟途徑為訴願及行政訴訟程序，此觀全民健康保險法第五條之規定甚明。本件係被保險人對保險人核定醫療給付事項發生爭議，應循上開爭議程序處理，非屬民事事件，惟事件發生於行政訴訟新制施行之前，既經民事確定終局判決，仍予受理解釋，合先說明。

全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於**因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用**，與商業保險之內容主要由當事人以契約訂定者有別。若法律就保險關係之內容授權

以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。**又法律授權主管機關依一定程序訂定法規命令以補充法律規定不足者，該機關即應予以遵守，不得捨法規命令不用，而發布規範行政體系內部事項之行政規則為之替代。倘法律並無轉委任之授權，該機關即不得委由其所屬機關逕行發布相關規章。**

全民健康保險法第三十九條係就不在全民健康保險給付範圍之項目加以規定，其立法用意即在明確規範給付範圍，是除該條第一款至第十一款已具體列舉不給付之項目外，依同條第十二款規定：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，主管機關自應參酌同條其他各款相類似之立法意旨，對於不給付之診療服務及藥品，事先加以公告，尚不能捨棄該款而發布規章另作其他不為給付之除外規定。若為避免醫療資源之濫用或基於醫藥科技之發展，認上開法律第三十九條第十二款之規定仍有不足，自得於法律中增訂或另立具體明確之授權條款，以應實際需要並符法律保留原則。

全民健康保險法第三十一條規定：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。」「前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。」「第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。」內容指涉廣泛，有違法律明確性原則，其授權相關機關所訂定之全民健康保險醫療辦法，應屬關於門診或住院診療服務之事項。行政院衛生署八十四年二月二十四日訂定發布之全民健康保險醫療辦法第三十一條第一項：「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意，始得為之。」第二項：「前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。」其第一項涉及主管機關片面變更保險關係之基本權利義務（八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二十條規定亦同），其第二項在法律無轉委任之授權下，逕將高科技診療項目及審查程序，委由保險人定之，均已逾越母法授權範圍。另同法第四十一條第三

款：「經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品」，對保險對象所發生不予給付之個別情形，既未就應審查之項目及基準為明文規定，又不問有無採取緊急救濟之必要，一律限於事前審查，亦與保險對象權益應受保障之意旨有違。至同法第五十條第一項：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」第五十一條第一項：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。」雖係顧及醫療資源合理分配，授予主管機關對醫療費用及藥價之支出，擬訂合理之審核基準，尚不得以上開基準作為不保險給付範圍之項目依據。按特殊診療項目及藥材，包括所謂危險性高的醫療服務、易為醫療人員不當或過度使用之醫療服務、高科技診療項目、特殊原因之醫療服務、價格昂貴或有明顯副作用之藥物，法律（醫療法、藥事法等）均有規範，主管機關已知之甚稔，不難純就全民健康保險特殊診療項目及藥材給付範圍，諸如：醫療費用支付標準、藥事服務項目及藥價基準等，以法律或法律具體明確授權條款預為規定，並加以事前公告。**若由法律籠統授權之法規命令，以高科技診療項目、高危險醫療服務等，就保險給付加以排除，已有未合，況由未經法律明確授權而任由所屬機關發布規範行政體系內部事項之行政規則，**諸如：全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點（中央健康保險局八十六年一月十一日修正公告）、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點（中央健康保險局八十五年十一月十三日公告）為之替代，**於法律保留原則尤屬有違。**上開法律及有關機關依各該規定所發布之函令與本解釋意旨不符部分，均應於本解釋公布之日起兩年內檢討修正。又本院釋字第四七二號解釋所釋各項，迄今已逾二年，未見有所措置，於本次修正時，亦應一併注意及之，特此指明。

## 釋字第 533 號解釋（憲 16；行訴 2、3、8；本法 1、2、3、5、6、31、55；行程 137）

**解釋爭點：健保局與醫療機構履約爭議之救濟程序？**

**解釋文**

憲法第十六條規定，人民之訴訟權應予保障，旨在確保人民於其權利受侵害時，得依法定程序提起訴訟以求救濟。**中央健康保險局依其組織法規係國家機關，為執行其法定之職權，就辦理全民健康保險醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約**，約定由特約醫事服務機構提供被保險人醫療保健服務，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，故**此項合約具有行政契約之性質。締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件**，依中華民國八十七年十月二十八日修正公布之行政訴訟法第二條：「公法上之爭議，除法律別有規定外，得依本法提起行政訴訟。」第八條第一項：「人民與中央或地方機關間，因公法上原因發生財產上之給付或請求作成行政處分以外之其他非財產上之給付，得提起給付訴訟。因公法上契約發生之給付，亦同。」規定，**應循行政訴訟途徑尋求救濟。**保險醫事服務機構與中央健康保險局締結前述合約，如因而發生履約爭議，經該醫事服務機構依全民健康保險法第五條第一項所定程序提請審議，對審議結果仍有不服，自得依法提起行政爭訟。（90.11.16）

**理由書**

憲法第十六條規定，人民之訴訟權應予保障，旨在確保人民於其權利受侵害時，得依法定程序提起訴訟並受公平審判，以獲得適當之救濟。具體案件之訴訟，究應循普通訴訟程序抑或依行政訴訟程序為之，應由立法機關衡酌訴訟案件之性質及既有訴訟制度之功能等而為設計。**我國關於民事訴訟與行政訴訟之審判，依現行法律之規定，分由不同性質之法院審理，係採二元訴訟制度。除法律別有規定外，關於因私法關係所生之爭執，由普通法院審**

**判；因公法關係所生之爭議，則由行政法院審判之**（本院釋字第四六六號解釋參照）。

行政機關基於法定職權，為達成行政目的，得以行政契約與人民約定由對造為特定用途之給付，俾有助於該行政機關執行其職務，而行政機關亦負相對之給付義務（行政程序法第一百三十七條第一項第一款及第二款參照）。國家為辦理全民健康保險，提供醫療保健服務，以增進國民健康（全民健康保險法第一條參照），依全民健康保險法第三條、第六條規定，由行政院衛生署設中央健康保險局為保險人，以辦理全民健康保險業務，並由中央健康保險局依全民健康保險法第五十五條規定，與保險醫事服務機構締結全民健康保險特約醫事服務機構合約，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，由特約保險醫事服務機構依全民健康保險法第三十一條及全民健康保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務，以為中央健康保險局之保險給付（全民健康保險法第二條）。按全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民福祉至鉅，具公法之性質，業經本院釋字第五二四號、第四七三號、第四七二號解釋闡釋甚明。**中央健康保險局與保險醫事服務機構締結之全民健康保險特約醫事服務機構合約，該合約既係由一方特約醫事服務機構提供就醫之保險對象醫療服務，而他方中央健康保險局支付其核定之醫療費用為主要內容，**且依全民健康保險特約醫事服務機構合約第一條之規定意旨，中央健康保險局之費用給付目的，乃在使特約醫事服務機構依照全民健康保險法暨施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法等公法性質之法規提供醫療服務，以達成促進國民健康、增進公共利益之行政目的。又為擔保特約醫事服務機構確實履行其提供醫療服務之義務，以及協助中央健康保險局辦理各項保險行政業務，除於合約中訂定中央健康保險局得為履約必要之指導外，並為貫徹行政目的，**全民健康保險法復規定中央健康保險局得對特約醫事服務機構處以罰鍰之權限，使合約當事人一方之中央健康保險局享有優勢之地位，故此項合約具有行政契約之性質。**

**締約雙方如對契約內容發生爭議，自屬公法上爭訟事件。**依八十七年十月二十八日修正公布之行政訴訟法第二條：「公法上之爭議，除法律別有規定外，得依本法提起行政訴訟。」第三條：「前條所稱之行政訴訟，指撤銷訴訟、確認訴訟及給付訴訟。」第八條第一項：「人民與中央或地方機關間，因公法上原因發生財產上之給付或請求作成行政處分以外之其他非財產上之給付，得提起給付訴訟。因公法上契約發生之給付，亦同。」等規定，訴訟制度已臻完備，本件聲請人特約醫事服務機構，如對其與中央健康保險局所締結之合約內容發生爭議，既屬公法上事件，經該特約醫事服務機構依全民健康保險法第五條第一項所定程序提請審議，對審議結果仍有不服時，自得依法提起行政爭訟。

全民健康保險法制定於八十三年八月九日，其第五條第一項規定：「為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對於保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。」第三項規定：「被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。」**就保險醫事服務機構，於不服全民健康保險爭議審議委員會審議結果，應循何種訴訟途徑救濟未設規定，中央健康保險局於前開全民健康保險特約醫事服務機構合約中與特約醫事服務機構合意定民事訴訟管轄法院**（本院釋字第四六六號解釋參照），**固非可議，惟行政訴訟新制實施之後，自應循行政爭訟程序解決。**

## 釋字第 550 號解釋（憲 109、110、155、157； 憲增 10；本法 27、68；財劃 4、37、38；地制 18）

**解釋爭點：健保法責地方政府補助保費之規定違憲？**

**解釋文**

國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，憲法第一百五十五條、第一百五十七條分

別定有明文。國家應推行全民健康保險，重視社會救助、福利服務、社會保險及醫療保健等社會福利工作，復為憲法增修條文第十條第五項、第八項所明定。**國家推行全民健康保險之義務，係兼指中央與地方而言。**又依憲法規定各地方自治團體有辦理衛生、慈善公益事項等照顧其行政區域內居民生活之義務，亦得經由全民健康保險之實施，而獲得部分實現。中華民國八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法，係中央立法並執行之事項。**有關執行全民健康保險制度之行政經費，固應由中央負擔，本案爭執之同法第二十七條責由地方自治團體補助之保險費，非指實施全民健康保險法之執行費用，而係指保險對象獲取保障之對價，除由雇主負擔及中央補助部分保險費外，地方政府予以補助**，符合憲法首開規定意旨。

**地方自治團體受憲法制度保障，其施政所需之經費負擔乃涉及財政自主權之事項，固有法律保留原則之適用，但於不侵害其自主權核心領域之限度內，基於國家整體施政之需要，對地方負有協力義務之全民健康保險事項，中央依據法律使地方分擔保險費之補助，尚非憲法所不許。**關於中央與地方辦理事項之財政責任分配，憲法並無明文。財政收支劃分法第三十七條第一項第一款雖規定，各級政府支出之劃分，由中央立法並執行者，歸中央負擔，固非專指執行事項之行政經費而言，惟法律於符合上開條件下，尚非不得為特別之規定，就此而言，全民健康保險法第二十七條即屬此種特別規定。至全民健康保險法該條所定之補助各類被保險人保險費之比例屬於立法裁量事項，除顯有不當者外，不生牴觸憲法之問題。

**法律之實施須由地方負擔經費者，**如本案所涉全民健康保險法第二十七條第一款第一、二目及第二、三、五款關於保險費補助比例之規定，**於制定過程中應予地方政府充分之參與。**行政主管機關草擬此類法律，應與地方政府協商，以避免有片面決策可能造成之不合理情形，並就法案實施所需財源事前妥為規劃；立法機關於修訂相關法律時，應予地方政府人員列席此類立法程序表示意見之機會。(91.10.4)

**理由書**

國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度；國家應推行全民健康保險及國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作，對於社會救助和國民就業等救濟性支出應優先編列，乃憲法第一百五十五條、第一百五十七條暨憲法增修條文第十條第五項、第八項所明定之基本國策。憲法條文中使用國家一語者，在所多有，其涵義究專指中央抑兼指地方在內，應視條文規律事項性質而定，非可一概而論。憲法基本國策條款乃指導國家政策及整體國家發展之方針，不以中央應受其規範為限，憲法第一百五十五條所稱國家為謀社會福利，應實施社會保險制度，係以實施社會保險制度作為謀社會福利之主要手段。而**社會福利之事項，乃國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務，除中央外，與居民生活關係更為密切之地方自治團體自亦應共同負擔**（參照地方制度法第十八條第三款第一目之規定），**難謂地方自治團體對社會安全之基本國策實現無協力義務，因之國家推行全民健康保險之義務，係兼指中央與地方而言。**八十三年八月九日公布、八十四年三月一日施行之全民健康保險法，係中央立法並執行之事項。有關執行全民健康保險制度之行政經費，依同法第六十八條全民健康保險所需之設備費用及週轉金（並人事、行政管理經費），固應由中央撥付，依憲法第一百零九條第一項第一款、第十一款暨第一百十條第一項第一款、第十款，各地方自治團體尚有辦理衛生、慈善公益事項等照顧其行政區域內居民生活之責任，此等義務雖不因全民健康保險之實施而免除，但其中部分亦得經由全民健康保險獲得實現。**本案爭執之全民健康保險法第二十七條責由地方自治團體按一定比例計算，補助各該類被保險人負擔之保險費，非屬實施全民健康保險法之執行費用，乃指保險對象獲取保障之對價，而成為提供保險給付之財源。此項保險費除由雇主負擔及中央補助部分外，地方政府予以補助，合於憲法要求由中央與地方共同建立社會安全制度之意旨，與首揭憲法條文尚無牴觸。**

本院釋字第二七九號解釋亦本此意旨，認省（市）政府負擔勞工保險補助費乃其在勞工福利上應負之義務而釋示在案。

**地方自治團體受憲法制度保障，其施政所需之經費負擔乃涉及財政自主權之事項，固有法律保留原則之適用，於不侵害其自主權核心領域之限度內，基於國家整體施政需要，中央依據法律使地方分擔保險費之補助，尚非憲法所不許。前述所謂核心領域之侵害，指不得侵害地方自治團體自主權之本質內容，致地方自治團體之制度保障虛有化**，諸如中央代替地方編製預算或將與地方政府職掌全然無關之外交、國防等事務之經費支出，規定由地方負擔等情形而言。至於在權限劃分上依法互有協力義務，或由地方自治團體分擔經費符合事物之本質者，尚不能指為侵害財政自主權之核心領域。關於中央與地方辦理事項之財政責任分配，憲法並無明文。財政收支劃分法第三十七條第一項就各級政府支出之劃分，於第一款雖規定「由中央立法並執行者，歸中央」，固非專指執行事項之行政經費而言，然法律於符合首開條件時，尚得就此事項之財政責任分配為特別規定，矧該法第四條附表二、丙、直轄市支出項目，第十目明定社會福利支出，包括「辦理社會保險、社會救助、福利服務、國民就業、醫療保健等事業及補助之支出均屬之」。**本案爭執之全民健康保險法第二十七條即屬此種特別規定，其支出之項目與上開財政收支劃分法附表之內容，亦相符合。至該條各款所定補助各類被保險人保險費之比例屬立法裁量事項，除顯有不當者外，尚不生牴觸憲法問題。**

**法律之實施須由地方負擔經費者**，即如本案所涉全民健康保險法第二十七條第一款第一、二目及第二、三、五款關於保險費補助比例之規定，**於制定過程中應予地方政府充分之參與，俾利維繫地方自治團體自我負責之機制。行政主管機關草擬此類法律，應與地方政府協商，並視對其財政影響程度，賦予適當之參與地位，以避免有片面決策可能造成之不合理情形**，且應就法案實施所需財源，於事前妥為規劃，自應遵守財政收支劃分法第三十八條之一之規定。立法機關於修訂相關法律時，應予地方政府人員列席此類立法程

序表示意見之機會。

## 釋字第 676 號解釋（憲 15、23、155、157；憲增 10；本法 8、21、22、86；本法施細 41）

**解釋爭點：健保法細則對無一定雇主或自營作業而參加工會者，按投保額分級表第 6 級起申報，合憲？**

**解釋文**

中華民國八十四年八月二日修正發布之全民健康保險法施行細則第四十一條第一項第七款：「無一定雇主或自營作業而參加職業工會……者，按投保金額分級表第六級起申報。」及八十八年十一月十八日修正發布之同施行細則同條款：「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第六級起申報。」之規定(九十一年十一月二十九日修正改列第四款)，與憲法第十五條保障人民財產權、第二十三條法律保留原則，以及法律授權明確性原則，尚無牴觸。惟於**被保險人實際所得未達第六級時，相關機關自應考量設立適當之機制，合理調降保險費，以符社會保險制度中量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性，落實國家推行全民健康保險之憲法意旨**，上開規定應本此意旨檢討改進，併予指明。(99.4.30)

**理由書**

國家為謀社會福利，應實施社會保險制度；國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，憲法第一百五十五條及第一百五十七條分別定有明文。又憲法增修條文第十條第五項前段規定，國家應推行全民健康保險。全民健康保險法（下稱全民健保法）採強制納保並課被保險人繳納保險費之公法上金錢給付義務，**並對於不同所得者，收取不同保險費，以符量能負擔之公平性，為全民健康保險賴以維繫之基礎。惟有關保險費之計算及額度決定方式之相關法令規定，涉及人民財產權之限制，自應遵守法律保留、**

**授權明確性原則**，迭經本院釋字第四七二號、第四七三號、第五二四號解釋在案。

全民健保法第八條將「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者」，列屬第二類被保險人，該類人員申報投保金額之等級則依八十四年八月二日修正發布之全民健保法施行細則第四十一條第一項第七款：「無一定雇主或自營作業而參加職業工會……者，按投保金額分級表第六級起申報。」及八十八年十一月十八日修正發布之同施行細則同條款規定：「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第六級起申報。」（下稱系爭規定，九十一年十一月二十九日修正改列第四款）按投保金額之等級，係保險費實際應負擔數額之重要因素，並決定保險費量能負擔之標準。且**系爭規定之適用，關係政府財務公共利益，並涉及人民財產權之限制，自非純屬技術性或細節性事項，是原則上應以法律明定之。若立法機關以法律授權行政機關發布命令為補充規定時，其授權之內容、目的、範圍應具體明確，命令之內容並應符合母法授權意旨。至授權條款之明確程度，不應拘泥於法條所用之文字，而應由法律整體解釋認定，或依其整體規定所表明之關聯意義為判斷**（本院釋字第四二六號、第五三八號解釋參照）。

全民健保法第八十六條規定：「本法施行細則，由主管機關擬訂，報行政院核定後發布之。」系爭規定之訂定，固係以此一規定為依據。惟從全民健保法整體規定所表明之關聯意義上，實係聯結母法第二十一條第一項規定：「第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。」（經九十年一月三十日修正公布，修正前原規定「第一類至第四類」）以及同法第二十二條第二項規定：「第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。」（經九十年一月三十日修正公布，修正前原列第三項，規定相同）該等規定係以有效辦理全民健康保險為目的，而以類型化方式計算投保金額為內容與範圍，授權之意尚屬

明確。依上開授權，主管機關乃以類型化方式訂定投保金額分級表，作為被保險人應負擔保險費之計算依據，而**系爭規定鑒於被保險人均係於工作型態上具一定獨立性，工時勞務所得上有不特定性，衡酌行政效率及被保險人之所得狀況，指定投保金額分級表第六級為申報下限，尚難謂有違母法授權意旨致牴觸憲法第十五條保障人民財產權之規定。**是系爭規定與憲法第十五條保障人民財產權、第二十三條法律保留原則，以及法律授權明確性原則，尚無牴觸。

全民健保法係以被保險人經常性所得為計算保險費之基礎，被保險人依所得高低承擔不同財務責任，於量能負擔下，形成兼具共同分擔健康風險與社會互助之安全保障制度，故個人投保金額等級之事先指定，應儘量與實際所得契合。然**系爭規定所涉之被保險人職業種類不一，所得又經常隨社會或個人因素浮動，於其實際所得未達第六級時，仍應按第六級申報，造成該等本屬低所得之被保險人超額負擔保險費。是相關機關自應考量設立適當之機制，合理調降保險費，以符社會保險制度中量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性，落實國家推行全民健康保險之憲法意旨**，系爭規定應本此意旨檢討改進，併予指明。

## 釋字第 723 號解釋（憲 15、23；本法 50、62）

**解釋爭點：以審查辦法規定全民健康保險醫療服務點數申報期限 2 年，違憲？**

**解釋文**

中華民國八十九年十二月二十九日修正發布之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第六條第一項規定：「**保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。**」（該辦法於九十一年三月二十二日修正發布全文，該條項規定並未修正，一〇一年十二月二十四日修正刪除）**有違法律保留原則，侵害人民之財產權，與憲法第十五條及**

**第二十三條規定之意旨不符，應不予適用。**

聲請人聲請暫時處分部分，因本案業經作成解釋，無作成暫時處分之必要，應予駁回。(103.7.25)

**理由書**

消滅時效制度之目的在於尊重既存之事實狀態，及維持法律秩序之安定，與公益有關，且與人民權利義務有重大關係，**不論其係公法上或私法上之請求權消滅時效，均須逕由法律明定，自不得授權行政機關衡情以命令訂定或由行政機關依職權以命令訂之，始符憲法第二十三條法律保留原則之意旨**（本院釋字第四七四號解釋參照）。

中華民國八十三年八月九日制定公布之全民健康保險法第五十條第一項規定：「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。」同條第二項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。」對保險醫事服務機構申報醫療服務點數，並未規定申報期限。主管機關依據同法第五十二條規定：「保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。」訂定發布全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法，嗣於八十九年十二月二十九日修正發布第六條第一項規定：「保險醫事服務機構申報醫療服務點數，逾前條之申報期限二年者，保險人應不予支付。」(該辦法於九十一年三月二十二日修正發布全文，該條項規定並未修正，下稱系爭規定，一〇一年十二月二十四日修正發布全文，其名稱改為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法，並刪除系爭規定；另於一〇〇年一月二十六日修正公布全民健康保險法，將第五十條改列為第六十二條，並增訂第二項規定：「前項費用之申報，應自保險醫事服務

機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。」)是系爭規定就保險醫事服務機構申報醫療服務點數之期限規定為二年。

保險醫事服務機構向保險人申報其所提供醫療服務之點數，係行使本於全民健康保險法有關規定所生之公法上請求權，而經保險人審查醫療服務總點數及核算每點費用以核付其費用，其點數具有財產價值，故**系爭規定之申報期限即屬公法上請求權之消滅時效期間。是系爭規定就醫療服務點數之申報，逕以命令規定公法上請求權之消滅時效期間，增加法律所無之限制，有違法律保留原則，侵害人民之財產權，與憲法第十五條及第二十三條規定之意旨不符，應不予適用。**

聲請人聲請暫時處分部分，因本案業經作成解釋，無作成暫時處分之必要，應予駁回。

## 釋字第 753 號解釋（憲 15、23、155、157；憲增 10；本法 55、66；特管辦法 37、39、66、70）

**解釋爭點：**

**一、全民健康保險之特約內容有無法律保留原則之適用？全民健康保險法授權主管機關訂定全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，有無違反法律授權明確性原則？**

**二、上開辦法有關停止特約、不予支付、停約之抵扣及扣減醫療費用之規定，有無逾越母法之授權範圍？**

**三、上開辦法有關停止特約、不予支付及停約之抵扣之規定，有無違反憲法比例原則？**

**解釋文**

中華民國 83 年 8 月 9 日制定公布之全民健康保險法第 55 條第 2 項規定：「前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。」及 100

年 1 月 26 日修正公布之同法第 66 條第 1 項規定：「醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。」均未牴觸法治國之法律授權明確性原則，與憲法第 15 條保障人民工作權及財產權之意旨尚無違背。

96 年 3 月 20 日修正發布之全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條第 1 項第 8 款規定：「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約 1 至 3 個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約 1 至 3 個月：……八、其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用。」95 年 2 月 8 日修正發布之同辦法第 70 條前段規定：「保險醫事服務機構受停止……特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間……，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」99 年 9 月 15 日修正發布之同辦法第 39 條第 1 項規定：「依前二條規定所為之停約……，有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害，服務機構得報經保險人同意，僅就其違反規定之服務項目或科別分別停約……，並得以保險人第一次處分函發文日期之該服務機構前一年該服務項目或該科申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約……期間。」**（上開條文，均於 101 年 12 月 28 日修正發布，依序分別為第 39 條第 4 款、第 47 條第 1 項、第 42 條第 1 項，其意旨相同）均未逾越母法之授權範圍，與法律保留原則尚無不符，亦未牴觸憲法第 23 條比例原則**，與憲法第 15 條保障人民工作權及財產權之意旨尚無違背。

101 年 12 月 28 日修正發布之同辦法第 37 條第 1 項第 1 款規定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，**扣減其申報之相關醫療費用之 10 倍金額**：一、未依處方箋……之記載提供醫事服務。」**未逾越母法之授權範圍，與法律保留原則尚**

**無不符**，與憲法第 15 條保障人民工作權及財產權之意旨並無違背。(106.10.6)

**理由書**

聲請人財團法人天主教若瑟醫院代表人張世杰（現已變更為李聰明，並聲明承受本件聲請，下稱聲請人一），與改制前之行政院衛生署中央健康保險局（現已改制為衛生福利部中央健康保險署，下稱健保署）間訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約（下稱特約）。於中華民國 96 年 9 月至 10 月間，聲請人一所屬外科主治醫師與病患共謀，將他人癌症組織混入該名病患之切片檢體，致使檢查結果為乳房惡性腫瘤，據而施行乳房切除手術等處置，再依此申報多筆醫療費用。案經檢察官偵辦而發現，健保署遂於 99 年 7 月 29 日，依行為時 83 年 8 月 9 日制定公布之全民健康保險法（下稱 83 年健保法）第 55 條第 2 項規定（下稱系爭規定一）之授權，於 96 年 3 月 20 日修正發布之全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱特管辦法）第 66 條第 1 項第 8 款停止特約部分之規定（下稱系爭規定二）、95 年 2 月 8 日修正發布之同辦法第 70 條前段停止特約不予支付部分之規定（下稱系爭規定三）及特約第 20 條第 1 項規定，停止聲請人一外科（含門、住診）醫療業務特約 2 個月，涉案醫師於停止特約期間對保險對象提供之醫療服務，不予支付。聲請人一不服，提起行政救濟，另於 100 年 5 月 4 日，依 99 年 9 月 15 日修正發布之同辦法第 39 條第 1 項抵扣停約部分之規定（下稱系爭規定四），申請以扣減金額方式抵扣停約期間之執行（下稱停約之抵扣），經健保署同意並核定扣減金額為新臺幣（下同）14,001,281 元。行政訴訟嗣經最高行政法院 101 年度判字第 929 號判決，以上訴無理由而駁回確定在案。聲請人一認系爭規定一至四，有違反憲法第 15 條及第 23 條法律保留原則、比例原則之疑義，向本院聲請解釋憲法，核與司法院大法官審理案件法第 5 條第 1 項第 2 款所定要件相符，爰予受理。

另聲請人陳憲堂即東泰藥局（下稱聲請人二）與健保署間訂有特約。陳憲堂於102年5月18日中午12時至同月19日上午10時間，未親自在藥局執行藥師業務，卻由受聘藥師代為調劑藥品，並在處方箋上蓋用「東泰藥局陳憲堂」之印章，電腦系統填載陳憲堂為調劑藥師，再據以申報醫療費用。案經健保署於103年6月12日實地稽查發現，遂依100年1月26日修正公布之全民健康保險法（下稱現行健保法）第66條第1項規定（下稱系爭規定五）之授權，於101年12月28日修正發布之特管辦法第37條第1項第1款規定（下稱系爭規定六）及特約第20條規定，扣減申報之相關醫療費用10倍（下稱扣減醫療費用）之金額311,710元（註）。聲請人二不服，提起行政救濟，經臺北高等行政法院105年度簡上字第55號判決，以上訴無理由而駁回確定在案。聲請人二認系爭規定五及六，有違反憲法第7條、第15條、第16條及第23條法律保留原則之疑義，向本院聲請解釋憲法，核與司法院大法官審理案件法第5條第1項第2款所定要件相符，亦予受理。

按上述二聲請案，均涉及締結特約之保險醫事服務機構違約時，健保署為一定處置所依據之系爭規定一至六是否有違反法律保留原則、法律授權明確性原則而牴觸憲法之疑義，有其共通性，爰併案審理，作成本解釋，理由如下：

**一、有關是否違反法律保留與法律授權明確性原則部分**

健保署依其組織法規係國家機關，為執行其法定之職權，就辦理全民健康保險（下稱全民健保）醫療服務有關事項，與各醫事服務機構締結特約，約定由保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，以達促進國民健康、增進公共利益之行政目的，此項特約具有行政契約之性質，業經本院釋字第533號解釋在案。全民健保為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，由保險醫事服務機構提供醫療服務，健保署則依前揭特約支付保險醫事服務機構醫療費用。全民健保特約既為行政契約，健保署與保險醫事服務機構間之公法上法律關係，除依其性質或法規規定不

得締約者外，該法律關係即得以契約設定、變更或消滅（行政程序法第 135 條前段規定參照）。**按法治國法律保留原則之範圍，原不以憲法第 23 條所規定限制人民權利之事項為限。政府之行政措施雖未直接限制人民之自由權利，但如屬涉及公共利益之重大事項者，仍應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定時，其授權應符合具體明確之原則**（本院釋字第 443 號、第 743 號解釋參照）。**全民健保特約內容涉及全民健保制度能否健全運作者，**攸關國家能否提供完善之醫療服務，以增進全體國民健康，**事涉憲法對全民生存權與健康權之保障，屬公共利益之重大事項，仍應有法律或法律具體明確授權之命令為依據。至授權是否具體明確，應就該授權法律整體所表現之關聯意義為判斷，非拘泥於特定法條之文字**（本院釋字第 394 號、第 426 號、第 612 號及第 734 號解釋參照）。

83 年健保法第 1 條揭示其立法目的為「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險……，以提供醫療保健服務」。為辦理全民健保業務，承辦之健保署乃與醫事服務機構訂定特約，委由該特約之保險醫事服務機構提供醫療服務。是有效管理保險醫事服務機構並督促其確實依特約本旨履約，乃國家持續提供完善醫療服務之關鍵。於特約履行中，健保署認保險醫事服務機構違反特約，依系爭規定二至四及六予以停止特約、不予支付、停約之抵扣及扣減醫療費用等，屬全民健保制度能否健全運作之重大事項，並涉及保險醫事服務機構及所屬醫事服務人員之財產權與工作權，依法治國之法律保留原則，應有法律或法律明確授權之命令為依據。上述停止特約、不予支付、停約之抵扣及扣減醫療費用等為對保險醫事服務機構之管理事項並屬違約之處理，同法第 55 條第 2 項即系爭規定一已明定：「前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。」於 100 年 1 月 26 日修正為第 66 條第 1 項即系爭規定五明定：「**醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主**

**管機關定之。」即已授權主管機關就上開事項得以法規命令為之，故尚與法律保留原則無違。**

至該授權規定有無符合授權明確性原則部分，查 83 年健保法第 31 條第 1 項規定，由保險醫事服務機構依法給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑；第 42 條規定，保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經認定不符合健保法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責；第 52 條規定，保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應組成醫療服務審查委員會審查之；第 55 條第 1 項規定，保險醫事服務機構為特約醫院及診所、特約藥局、保險指定醫事檢驗機構、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構（91 年 7 月 17 日修正發布之第 55 條第 1 項僅修正文字，其意旨相同）；第 62 條規定，保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。經由上開健保法規定，立法者業已就特管辦法之內容，提供主管機關可資遵循之具體方針。違約之處理係屬一般契約之尋常內容，特約管理辦法之管理一詞，客觀上應包含違約處理方式之決定在內，故可推知**立法者有意授權主管機關，以特管辦法規範保險醫事服務機構違約之處理，俾有效管理保險醫事服務機構，提供完善醫療服務之授權目的。綜上，系爭規定一就授權主管機關訂定特管辦法之目的、內容及範圍尚稱明確，與法治國之法律授權明確性原則尚無違背。**系爭規定五明定違約處理為授權內容，其範圍益臻明確，亦與法治國之法律授權明確性原則無違。

**二、有關特管辦法是否逾越母法部分**

特管辦法係主管機關為辦理全民健保，用於特約及管理保險醫事服務機構或違約處理之準據規定，部分條文並納為特約範本內容之一部。健保局 99 年 2 月 12 日健保醫字第 0990072145 號公告之特約範本（下稱特約醫院範本）第 1 條第 1 項，以及 91 年 4 月 26 日健保醫字第 0910005868 號函公告

之特約範本（下稱特約藥局範本）第 1 條第 1 項，均規定契約雙方應依照健保法、健保法施行細則、特管辦法等法令及合約規定辦理全民健保。特約醫院範本第 20 條第 1 項規定保險醫事服務機構若有特管辦法第 66 條規定（其中第 1 項第 8 款即系爭規定二）之情形，健保署應予停止特約；特約藥局範本第 20 條規定保險醫事服務機構若有特管辦法第 33 條規定（其中第 1 項第 1 款與系爭規定六意旨相同）之情形，健保署應予扣減醫療費用。

83 年健保法第 72 條前段雖規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以 2 倍罰鍰」。惟因保險醫事服務機構依特約，負有向保險對象提供醫療服務之義務，並享有得依支出成本向保險人申報及領取醫療費用之權利；且應據實申報醫療費用，不得以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述為之（下稱詐領醫療費用）；亦不得未依處方箋之記載提供醫事服務（下稱未依處方箋記載調劑）。立法機關為避免侵害全民健保資源、強化對保險醫事服務機構之管理及督促其確實依特約本旨履約，於保險醫事服務機構違約詐領醫療費用時，除前揭有關罰鍰規定外，並授權保險人與保險醫事服務機構得另行經由特約之約定，於保險醫事服務機構有違反特約之情形時，保險人得為違約處理之管理措施。系爭規定二明定：「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約 1 至 3 個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約 1 至 3 個月：……八、其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用。」（101 年 12 月 28 日修正發布之第 39 條第 4 款規定意旨相同）系爭規定三明定：「保險醫事服務機構受停止……特約者，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間……，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付。」（101 年 12 月 28 日修正發布之第 47 條第 1 項規定意旨相同）核其性質乃屬保險人為有效管理保險醫事服務機構並督促其確實依特約本旨履約之必要措施，與違反行政法上作為義務而課處罰鍰者有異，故系爭規定二及三，未逾越母法之授權範圍。

關於替代停約期間之執行，系爭規定四明定：「依前二條規定所為之停約……，有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害，服務機構得報經保險人同意，僅就其違反規定之服務項目或科別分別停約……，並得以保險人第一次處分函發文日期之該服務機構前一年該服務項目或該科申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約……期間。」（101 年 12 月 28 日修正發布之第 42 條第 1 項規定意旨相同）規定替代停約期間執行之要件、程序及標準等，得由保險醫事服務機構申請，經健保署同意並依一定方式計算，由保險醫事服務機構以扣減金額方式，抵扣停約期間之執行。核其性質，係就上開停止特約之執行，規定得依保險醫事服務機構之申請及健保署之同意，以停約之抵扣替代之，**保險醫事服務機構得繼續提供保險對象醫療服務，並申報醫療費用，仍屬保險人為有效管理保險醫事服務機構並督促其確實依特約本旨履約之必要措施，未逾越母法之授權範圍。**

**至未依處方箋記載調劑，**系爭規定六明定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近 1 季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之 10 倍金額：一、未依處方箋……之記載提供醫事服務。」**係規定得經由特約而主張之債務不履行約定違約責任，亦為違約處理之處置，核屬保險人為有效管理保險醫事服務機構並督促其確實依特約本旨履約之必要措施，**與現行健保法第 81 條第 1 項前段規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用 2 至 20 倍之罰鍰」所規範之目的及規範對象之行為態樣、不法內涵有異，故系爭規定六，**未逾越母法之授權範圍。**

綜上，為特約內容一部分之系爭規定二至四及六，均未逾越母法之授權範圍，與法律保留原則尚無不符。

惟鑑於特管辦法之內容，關係全民健保制度之永續健全發展及保險醫事

服務機構之權利義務至鉅，主管機關應依行政程序法以公開方式舉辦聽證，使利害關係人代表，得到場以言詞為意見之陳述及論辯後，斟酌全部聽證紀錄，說明採納及不採納之理由作成決定。現行特管辦法訂定程序應予改進，併此指明。

**三、有關停止特約與不予支付涉及比例原則部分**

依憲法第 155 條、第 157 條、憲法增修條文第 10 條第 5 項及第 8 項規定，全民健保為國家應實施之強制性社會保險，乃國家實現人民享有人性尊嚴之生活所應盡之照顧義務，關係全體國民福祉至鉅（本院釋字第 524 號、第 533 號及第 550 號解釋參照）。全民健保資源有限，於全民健保總額支付制下（83 年健保法第 47 條以下及現行健保法第 60 條以下參照），詐領醫療費用，將排擠據實提供醫療服務者所得請領之數額，間接損及被保險人獲得醫療服務之數量及品質，並侵蝕全民健保財務，致影響全民保費負擔，危及全民健保制度之健全發展（本院釋字第 545 號解釋參照）。故系**爭規定二、三之停止特約及不予支付之目的，在於預防及處置詐領醫療費用，提供完善醫療服務，係為維護重要公共利益，應屬正當。而所採取之手段，係停止特約而不予支付，結果可能造成病患流失，又因公告周知而影響名譽，對詐領醫療費用有一定嚇阻及懲罰作用，自有助於目的之達成。**且現行特管辦法就違約之各種情形，依情節輕重，大致區分為通知限期改善、違約記點、扣減醫療費用、停止特約及終止特約等不同處置。其中停止特約，更得視違約情節輕重不同而有 1 至 3 個月不同之處置（96 年 4 月 16 日修正發布全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條違規處分裁量基準參照），並得僅停止違約之科別或服務項目全部或一部、門診或住診；另又設有系爭規定四作為調節機制，並無顯不合理之處。**是特約中有關系爭規定二、三之停止特約及不予支付，與憲法第 23 條比例原則尚無違背。**

**四、有關停約之抵扣涉及比例原則部分**

系爭規定四停約之抵扣，係保險醫事服務機構報經健保署同意，依一定

方式核算扣減金額，由保險醫事服務機構繳納金額後，替代停約期間之執行。且關於扣減金額之計算，**係以受停約之該科別或服務項目前1年平均每月申報點數，配合受停約月數，以保險醫事服務機構位處全民健保分區最近1年平均點值，相乘後核算應扣減金額，與停約期間對保險對象提供醫療服務不予支付之金額相當。**停止特約與憲法第23條比例原則既無違背，系爭規定四停約之抵扣，**自無違反憲法比例原則之可言。**

綜上，系爭規定二至四均未牴觸憲法第23條比例原則，與憲法第15條保障人民工作權及財產權之意旨尚無違背。

至聲請人二之聲請意旨另主張系爭規定六違反憲法第7條及第16條部分，經查並未於客觀上具體指摘，爰不另為處理，併予敘明。

附註：

註：健保署106年7月18日函復本院，略以：「……特管辦法第37條第1項第1款規定：『未依處方箋之記載提供醫事服務（藥品調劑），應含處方箋調劑之人，除須具備藥師資格之主觀條件外，更應按相關藥事法規規定，在處方箋上簽章，方為足證已提供合於規定之醫事服務（藥品調劑），爰調劑與處方箋相符，但未親自為之部分，仍構成特管辦法第37條第1項第1款應處分之範圍……。」



# 附表

# 全民健康保險投保金額分級表

中華民國 84 年 2 月 7 日衛署健保字第 84000335 號公告訂定
中華民國 85 年 4 月 8 日衛署健保字第 85018398 號公告修正
中華民國 86 年 4 月 1 日衛署健保字第 86016258 號公告修正
中華民國 86 年 12 月 13 日衛署健保字第 86073130 號公告修正
中華民國 87 年 4 月 2 日衛署健保字第 87011378 號公告修正
中華民國 88 年 11 月 19 日衛署健保字第 88070653 號公告修正
中華民國 90 年 6 月 29 日衛署健保字第 0900039810 號公告修正
中華民國 91 年 7 月 23 日衛署健保字第 0910046298 號公告修正
中華民國 94 年 3 月 21 日衛署健保字第 0940010994 號公告修正
中華民國 96 年 7 月 24 日衛署健保字第 0960033319 號公告修正
中華民國 99 年 3 月 30 日衛署健保字第 0990065758 號令修正
中華民國 99 年 12 月 23 日衛署健保字第 0992600350 號令修正
中華民國 101 年 1 月 2 日衛署健保字第 1000083780 號令修正
中華民國 102 年 6 月 11 日衛署健保字第 1020071622 號令修正
中華民國 103 年 4 月 28 日衛部保字第 1030110941 號令修正
中華民國 104 年 4 月 16 日衛部保字第 1040109319 號令修正
中華民國 105 年 12 月 15 日衛部保字第 1050136937 號令修正
中華民國 106 年 11 月 27 日衛部保字第 1060134252 號令修正
中華民國 107 年 12 月 7 日衛部保字第 1070137953 號令修正
中華民國 108 年 11 月 8 日衛部保字第 1080137250 號令修正
中華民國 109 年 12 月 3 日衛部保字第 1090142439 號令修正
中華民國 110 年 12 月 14 日衛部保字第 1100149878 號令修正

| 組別<br>級距 | 投保等級 | 月投保金額（元） | 實際薪資月額（元） | 組別<br>級距 | 投保等級 | 月投保金額（元） | 實際薪資月額（元） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一組<br>級距 1200 元 | 1 | 25,250 | 25,250 以下 | 第六組<br>級距 3700 元 | 25 | 76,500 | 72,801-76,500 |
| | 2 | 26,400 | 25,251-26,400 | | 26 | 80,200 | 76,501-80,200 |
| | 3 | 27,600 | 26,401-27,600 | | 27 | 83,900 | 80,201-83,900 |
| | 4 | 28,800 | 27,601-28,800 | | 28 | 87,600 | 83,901-87,600 |
| 第二組<br>級距 1500 元 | 5 | 30,300 | 28,801-30,300 | 第七組<br>級距 4500 元 | 29 | 92,100 | 87,601-92,100 |
| | 6 | 31,800 | 30,301-31,800 | | 30 | 96,600 | 92,101-96,600 |
| | 7 | 33,300 | 31,801-33,300 | | 31 | 101,100 | 96,601-101,100 |
| | 8 | 34,800 | 33,301-34,800 | | 32 | 105,600 | 101,101-105,600 |
| | 9 | 36,300 | 34,801-36,300 | | 33 | 110,100 | 105,601-110,100 |
| 第三組<br>級距 1900 元 | 10 | 38,200 | 36,301-38,200 | 第八組<br>級距 5400 元 | 34 | 115,500 | 110,101-115,500 |
| | 11 | 40,100 | 38,201-40,100 | | 35 | 120,900 | 115,501-120,900 |
| | 12 | 42,000 | 40,101-42,000 | | 36 | 126,300 | 120,901-126,300 |
| | 13 | 43,900 | 42,001-43,900 | | 37 | 131,700 | 126,301-131,700 |
| | 14 | 45,800 | 43,901-45,800 | | 38 | 137,100 | 131,701-137,100 |
| 第四組<br>級距 2400 元 | 15 | 48,200 | 45,801-48,200 | | 39 | 142,500 | 137,101-142,500 |
| | 16 | 50,600 | 48,201-50,600 | | 40 | 147,900 | 142,501-147,900 |
| | 17 | 53,000 | 50,601-53,000 | | 41 | 150,000 | 147,901-150,000 |
| | 18 | 55,400 | 53,001-55,400 | 第九組<br>級距 6400 元 | 42 | 156,400 | 150,001-156,400 |
| | 19 | 57,800 | 54,401-57,800 | | 43 | 162,800 | 156,401-162,800 |
| 第五組<br>級距 3000 元 | 20 | 60,800 | 57,801-60,800 | | 44 | 169,200 | 162,801-169,200 |
| | 21 | 63,800 | 60,801-63,800 | | 45 | 175,600 | 169,201-175,600 |
| | 22 | 66,800 | 63,801-66,800 | | | | |
| | 23 | 69,800 | 66,801-69,800 | | 46 | 182,000 | 175,601 以上 |
| | 24 | 72,800 | 69,801-72,800 | | | | |

中華民國一百十一年一月一日生效

# 全民健康保險保險對象應自行負擔門診費用

中華民國 84 年 2 月 27 日行政院衛生署衛署健保字第 84010742 號公告訂定發布

中華民國 84 年 4 月 28 日行政院衛生署衛署健保字第 84024016 號公告修正發布

中華民國 86 年 3 月 11 日行政院衛生署衛署健保字第 86012472 號公告修正發布

中華民國 88 年 6 月 9 日行政院衛生署衛署健保字第 88031765 號公告修正發布

中華民國 90 年 6 月 11 日行政院衛生署衛署健保字第 0900038957 號公告修正發布

中華民國 91 年 7 月 27 日行政院衛生署衛署健保字第 0910049115 號公告修正發布；並自 91 年 9 月 1 日施行

中華民國 92 年 12 月 1 日行政院衛生署衛署健保字第 0922600307 號公告修正；並自 93 年 1 月 1 日施行

中華民國 94 年 6 月 17 日行政院衛生署衛署健保字第 0942600244 號公告修正；並自 94 年 7 月 15 日起實施

中華民國 106 年 2 月 18 日衛部保字第 1061260072 號公告修正；並自 106 年 4 月 15 日生效。

全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，除全民健康保險法及相關法規規定免自行負擔費用之情形外，依下列規定收取：

一、全民健康保險門診基本應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

| 層級別 | 西醫門診 | | 急診 | | 牙醫 | 中醫 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 經轉診 | 未經轉診 | 檢傷分類 | | | |
| | | | 第1、2級 | 第3、4、5級 | 50元 | 50元 |
| 醫學中心 | 170元 | 420元 | 450元 | 550元 | 50元 | 50元 |
| 區域醫院 | 100元 | 240元 | 300元 | | 50元 | 50元 |
| 地區醫院 | 50元 | 80元 | 150元 | | 50元 | 50元 |
| 基層醫療單位 | 50元 | 50元 | 150元 | | 50元 | 50元 |

(二) 領有殘障手冊之保險對象，西醫門診不論醫院層級應自行負擔費用均為五〇元。

二、全民健康保險門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

| 藥品費用 | 應自行負擔費用 |
|---|---|
| 100元以下 | 0元 |
| 101～200元 | 20元 |
| 201～300元 | 40元 |
| 301～400元 | 60元 |
| 401～500元 | 80元 |
| 501～600元 | 100元 |
| 601～700元 | 120元 |
| 701～800元 | 140元 |
| 801～900元 | 160元 |
| 901～1000元 | 180元 |
| 1001元以上 | 200元 |

(二) 保險對象有下列情形之一，免自行負擔門診藥品費用：

1. 持慢性病連續處方箋調劑（開藥二十八天以上）者。
2. 接受牙醫醫療服務者。
3. 接受全民健康保險醫療費用支付標準所訂論病例計酬項目服務者。

三、全民健康保險門診復健（含中醫傷科）應自行負擔之費用

（一）保險對象於門診接受全民健康保險醫療費用支付標準所訂之復健物理治療及中醫傷科治療，同一療程自第二次起，每次治療自行負擔五十元。

（二）保險對象其診療項目為全民健康保險醫療費用支付標準所訂之中度治療－複雜(編號 42010A、42011B、42018C、42012C）及複雜治療（編號 42013A、42014B、42019C、42015C）者，免依前款規定自行負擔費用。

國家圖書館出版品預行編目資料

全民健康保險法規及解釋彙編/衛生福利部中央健康保險署編.
-- 初版.-- 臺北市: 衛生福利部中央健康保署, 民110.12
面 ; 公分
ISBN 978-986-5469-67-2（平裝）
1.全民健康保險 2.保險法規
412.56 110019999

# 全民健康保險法規及解釋彙編

發 行 人：李伯璋
編　　輯：李伯璋、王宗曦、詹孟樵、楊先斌
　　李碩展、沈德政、楊哲昀
出版機關：衛生福利部中央健康保險署
地　　址：台北市信義路3段140號
電　　話：(02)2706-5866
中華民國110年12月初版
本書同時登載於健保署網站 http://www.nhi.gov.tw
定　　價：新台幣150元整
經 銷 者：五南文化廣場(發行中心)
地　　址：台中市中山路6號
電　　話：(04)2226-0330轉27
經 銷 者：國家書店松江門市
地　　址：台北市松江路209號1樓
電　　話：(02)2518-0207

GPN：1011002019　　ISBN：978-986-5469-67-2
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。




衛生福利部中央健康保險署
NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION,
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

ISBN 978-986-5469-67-2
00150
9 789865 469672

GPN：1011002019
定價：新台幣150元整