

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：許家禎 (02)25000133 分機 266
電子郵件信箱：xenia0429@cda.org.tw

受文者：詳如正、副本

發文日期：中華民國 107 年 5 月 3 日

發文字號：牙全廷字第 1263 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳如說明段

主旨：函轉衛生福利部公告修正「全民健康保險轉診費率辦法」

第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二，並於 107 年 4 月 27 日以衛部保字第 1071260206 號令修正發布，詳如附件，敬請周知會員，請 查照。

說明：

- 一、檢送衛生福利部 107 年 4 月 27 日衛部保字第 1071260206C 號函(如附件)，請各縣市牙醫師公會周知所屬會員。
- 二、上述內容電子檔已刊登於本會網站，供會員自行下載。本會網址：www.cda.org.tw；路徑：法規資料庫 > 全民健保總額相關法規 > 總額相關法規。

正本：22 縣市牙醫師公會

副本：牙醫門診醫療服務六區審查分會



理事長 謝尚廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委決行



104

臺北市中山區復興北路420號10樓

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合
會

806

高雄市前鎮區一心二路21號11樓之1

處理日期

107/05/04

社團法人高雄市牙醫師公會

君啟

郵件編號： 476727-2-255531661

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85906048
聯絡人及電話：羅資文(02)85906666轉6778
電子郵件信箱：hgpower2th@mohw.gov.tw

10476

台北市中山區復興北路420號10F

受文者：中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年4月27日

發文字號：衛部保字第1071260206C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

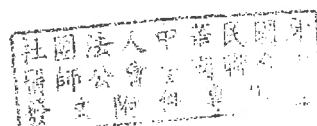
附件：發布令影本(含修正條文)1份(1071260206C-1.pdf)

主旨：「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二，業經本部於中華民國107年4月27日以衛部保字第1071260206號令修正發布，茲檢送發布令影本(含修正條文)1份，請查照轉知。

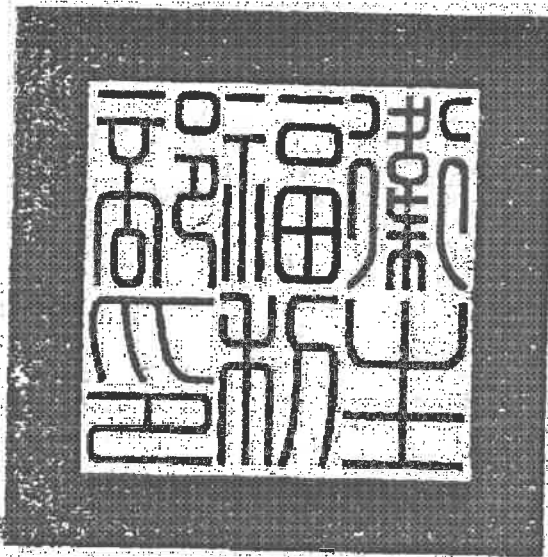
正本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、法務部矯正署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部綜合規劃司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：

部長陳時中



衛生福利部 令



發文日期：中華民國107年4月27日

發文字號：衛部保字第1071260206號

附件：「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二
(1071260206-1.pdf)

修正「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二。

附修正「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二。

部長陳時中

全民健康保險轉診實施辦法第三條、第十條修正 條文及第四條附表一、第七條附表二修正規定

第三條 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。

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。

前項轉診，不受醫療機構類別或層級別之限制。

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。

第十條 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。

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。

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。

附表一

全民健康保險

院(所)轉檢單(轉檢至

院所)

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復原診療院所

第三聯：原診療醫院、診所留存

保險對象基本資料	姓名			出生日期	民國(前)		年	月	日
	身分證號								
原診療院所	過敏史								
	初步診斷								
	床號				地址				
	病歷				聯絡電話				
	醫師姓名	醫師簽章			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)									
<p>執行檢查醫事人員簽章：_____</p> <p>檢查日期： 年 月 日 報告日期： 年 月 日</p>									

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙表

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 院	保險對象基本資料	姓 名		出 生 日 期		身 分 證 號	
		民國(前) 年 月 日					
醫 生	聯絡人	聯絡電話		聯絡地址			
醫 生	病 歷	A. 病情摘要(主訴及簡短病史)				D. 藥物過敏史	
		B. 診斷 ICD-10-CM/PCS 病名					
醫 生	摘 要	1. (主診斷)					
		2.					
醫 生	要 點	C. 檢查及治療摘要					
		1. 最近一次檢查結果				2. 最近一次用藥或手術名稱	
醫 生	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療				4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查, 檢查項目	
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療				5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤	
醫 生	院所住址	3. <input type="checkbox"/> 門診治療				6. <input type="checkbox"/> 其他	
醫 生	診所	姓名		科別	聯絡電話	傳真號碼	電子信箱
醫 生	開立日期	年 月 日		安排就醫日期		年 月 日	診 號
醫 生	建議轉至院所	名稱:(必填)		科別:(必填)		醫師:	
		地址:		電話:			
醫 生	有效期限	年 月 日					
醫 生	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院					
		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置, 並住本院 病房治療中					
醫 生	治療摘要	3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中					
		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中					
醫 生	院所名稱	5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所, 建議事項如下					
		6. <input type="checkbox"/> 其他					
醫 生	診所	1. 主診斷 ICD-10-CM/PCS 病名				2. 治療藥物或手術名稱	
						3. 輔助診斷之檢查結果	
醫 生	診所	電話或傳真				電子信箱	
醫 生	診所	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

第三聯：原診療醫院、診所留存

本轉診單限使用乙次，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。
 以特約醫院、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。



