

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：劉俊宏
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jhliu@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會
發文日期：中華民國99年5月6日
發文字號：全醫聯字第0990000972號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如主旨

主旨：行政院衛生署中央健康保險局公告修正「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」、「住院醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」申報格式，如附件，自99年7月（費用年月）起實施。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年4月29日健保醫字第0990072472號公告之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會
副本：中華民國醫師公會全國聯合會校對章

理事長 李明濱

副本

收文編號	收文日期	歸檔編號
1172	99.4.30 16:00	

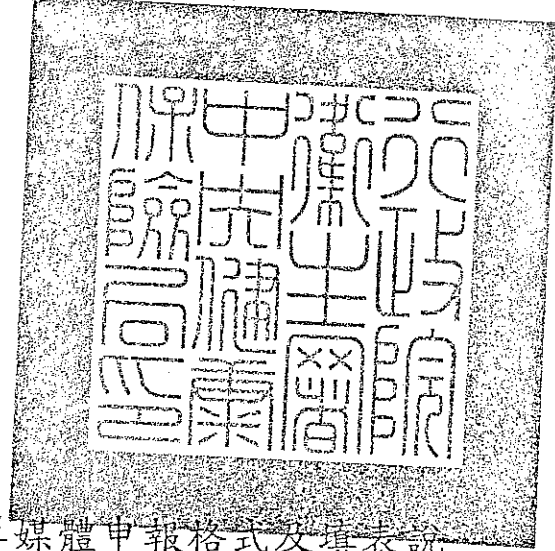
行政院衛生署中央健康保險局 公告

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年4月29日

發文字號：健保醫字第0990072472號

附件：如主旨



主旨：公告修正「住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」、「住院醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明」申報格式，如附件，自99年7月（費用年月）起實施。

依據：全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三十三條。

副本：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、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計處、臺北市政府、高雄市政府、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞工保險局、行政院衛生署、行政院衛生署疾病管制局、行政院衛生署國民健康局、全民健康保險監事委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、本局各分區業務組、本局各聯合門診中心、本局局長室、本局黃副局長室、本局主任秘書室、本局財務組、本局會計室、本局企劃組（請刊登全球資訊網）、本局資訊組、本局醫審及藥材組、本局承保組、本局醫務管理組（附件請上本局全球資訊網下載）

行政院衛生署中央
健康保險局核對章(3)

局長鄭守夏

住院醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明

99年7月(費用月份)起適用

項次網底者，為本次修正之欄位

(檔案名稱:DTLFB, 每筆長度 448 bytes)

項次	資料名稱	格式	資料說明
*01	資料格式	X(02)	"21" 表住院醫療服務點數清單資料申報格式
*02	特約醫事機構代號	X(10)	hosp_id_chk 衛生署編定之代碼
*03	費用年月	9 (05)	month_chk 前三碼為年份(右靠不足補0), 後二碼為月份 小於等於費用年月的最後一日
△04	補報原因註記	X(01)	1: 補報整筆案件 2: 補報部分醫令或醫令差額(案件分類 5: Tw-DRGs 案件不適用)。申報類別為補報者，本欄為必填欄位，送核案件免填補空白 (98.07 起適用)
*05	申報類別	X(01)	isam_chk 1: 送核 2: 補報
*06	流水編號	9 (06)	右靠不足補0 醫院所編之申報流水序號 請依案件分類之類別及出院日期分別連續編號，並依科別集中整理，上下半月之同一案件分類之流水號不可重複
*07	部分負擔代號(詳註 4、16)	X(03)	isam_chk
*09	身分證統一編號(詳註 17)	X(10)	id_chk 1. 第 1 碼：區域碼 A-Z 2. 第 2 碼：性別 1、2、A、B、C、D、Y、X

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

3. 3~10 碼：0~9

4. 第 3-9 碼：流水號

5. 第 10 碼：檢查碼

*10 出生年月日

X(07) date_chk 日期檢查(日期格式是否合理)
前三碼為年份(右靠不足補 0), 中二碼為月份,
後二碼為日數(如:0830630 表示 83 年 6 月 30
日)民國前為負數(如:-05 表示民國前 5 年),
日期必須小於等於就醫日期或入院日期, 且年
齡必須小於 150 歲

*11 給付類別(詳註 16)

X(01) isam_chk
1:職業傷害 2:職業病 3:普通傷害
4:普通疾病 6:自然生產 7:剖腹生產
(註:保險對象不符醫療上適應症而自行要
求施行剖腹產手術者, 給付類別填“7”)
8:天災:88 年 9 月起申報類別為「2」補報者
使用
9:呼吸照護:89 年 6 月起申報類別為「2」補
報者使用。
自 99 年 1 月(費用年月)起, 「全民健康保
險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付
方式」試辦計畫之醫療費用申報, 請依 98
年 11 月 5 日健保醫字第 0980091465 號公
告辦理, 其中申報類別為「1」送核, 參與
試辦計畫之案件分類以「4」申報, 未參與
試辦計畫案件之案件分類為 1:一般案件或
3:特定案件, 參與或未參與試辦計畫之給
付類別都是「9」。
A:安寧療護:89 年 7 月起申報類別為「2」補
報者使用。98 年 9 月起案件申報類別以「1」
送核、給付類別以「A」、案件分類以「6」
申報, 其他項次之申報說明詳註 20
B:新加坡航空空難(89.10.31 增訂)
C:糖尿病試辦計畫
D:週產期試辦計畫
E:氣喘試辦計畫
F:肺結核試辦計畫
M:肝炎試辦計畫(92.10 增訂)
X(01) Y:汽機車交通事故 N:非汽機車交通事故或
原因不明
X(02) isam_chk(案件分類值為 1 碼者, 左靠補空白)。
健保給付案件代碼:
1:一般案件

*12 汽機車交通事故

*13 案件分類(詳註 16)

2:論病例計酬案件

3:特定案件

- (1) 住院申報 50 萬元以上之高額案件
- (2) 血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件

4:支付制度試辦計畫(乳癌 90.12、肝炎 92.10 適用、呼吸照護 99.1)

5:Tw-DRGs 案件(99.01)本項次 22-1 Tw-DRGs 碼及 22-2 Tw-DRGs 支付型態碼必填。

6:安寧療護案件(98.09);其他項次參考項次 11 申報說明詳註 20

代辦勞保局給付案件代碼(A1~AZ;申報方式與健保給付案件相同):

A1:一般案件

A2:論病例計酬案件

A3:特定案件

A4:支付制度試辦計畫

- (1) 乳癌試辦計畫者病患來源應為 NCR
- (2) 肝炎試辦計畫者之給付類別應為「M」

AZ:職業傷病住院膳食費(97年3月26日健保醫字第0970002000號函增訂)

代辦行政院衛生署給付案件代碼(B1~BZ):

B1:精神病嚴重病人送醫及強制住院案件(項次 07 部分負擔代碼應為「009 本局其他規定免部分負擔者」)。

代辦疾病管制局給付案件代碼(C1~CZ):

C1:AIDS 案件:依 94 年 12 月 15 日健保醫字第 0940060505 號函主診斷 042 或 V08 者之案件

C2:結核病痰抹片陽性個案住院≤14 天內案件(算進不算出)

C3:結核病 MDR 及抗結核藥物副作用住院≤60 天案件(算進不算出)。96 年 5 月 2 日健保醫字第 0960014750 號函自 96 年 5 月 1 日起修訂適用範圍和申報醫院資格為抗結核藥物副作用個案住院

≤30 天，且限該局「MDR 結核病醫療照護體系」之合作醫院及各醫學中心申報
 C4：無健保結核病患之醫療費用(96 年 7 月 9 日健保醫字第 0960023163 號函增訂)

代辦內政部給付案件代碼(D1~DZ)

DZ：低收入戶住院膳食費(97 年 3 月 26 日健保醫字第 0970002000 號函增訂)

*14 就醫科別(詳註 5)	X(02) isam_chk
*15 入院年月日	9(07) date_chk 前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數，應小於等於費用年月的最後一日。
△16 出院年月日(詳註 19)	X(07) date_chk 或空白 前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數，應大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日
*17 申報期間-起(詳註 19)	X(07) 前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 應大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日
*18 申報期間-迄(詳註 19)	X(07) 前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 應大於等於申報起日且小於等於費用年月的最後一日
△19 急性病床天數(詳註 19)	9 (03) 病人住急性病床之總計天數，以入院之日起計，出院之日不計，應包含醫令類別 Z 的住院天數
△20 慢性病床天數(詳註 19)	9 (03) 病人住慢性病床之總計天數，以入院之日起計，出院之日不計，應包含醫令類別 Z 的住院天數
*21 病患來源(詳註 16)	X(01) isam_chk 病患來源代碼： 1:初、複診 2:急診 3:轉診 4:同一疾病 14 天內再住院或分段結清，致部分負擔小於法定比例或每次最高

上限金額（93年8月9日健保醫字第0930060173號函）

N、C、R：乳癌試辦計畫（90.12）

S：代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院（92.06代辦）

*22 健保卡就醫序號(詳註16)

- X(4)
1. 請填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001
 2. IC98：非本保險保險對象之器官捐贈
 3. IC89：符合無力繳納保費者（88.2增訂）
 4. IC06：代辦勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者（89.1增訂）
 5. IC08：代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院（92.6增訂）
 6. IC99：乳癌試辦定額費用獨立申報(93.1增訂)
 7. IC09：代辦無健保愛滋病患就醫（95.1增訂）、代辦無健保結核病患之醫療費用（96年7月9日健保醫字第0960023163號函增訂）
 8. 同一序號如有重複申報，僅支付實際於健保 IC 卡註記之醫療院所；新增代碼、異常代碼對照表請參考門診註9、9-1就醫序號之說明

△22-1 Tw-DRG 碼

- X(05)
- 依公告之 Tw-DRGs 權重表之代碼申報
1. 案件分類為「5」者，本欄應必填。
 2. Tw-DRG 碼屬已實施 Tw-DRGs 項目者，案件分類必為「5」
 3. 報之 Tw-DRG 碼應符合 Tw-DRGs 分類架構及原則

△22-2 Tw-DRG 支付型態

- X(01)
- isam_chk，案件分類為「5」者，本欄應必填
- 0：費用在 Tw-DRG 上下限臨界點範圍內者
 - 1：費用高於 Tw-DRG 上限臨界點者
 - 2：費用低於 Tw-DRG 下限臨界點核實申報者
 - 3：無權重之 Tw-DRG 核實申報者
 - 4：該 Tw-DRG 個案 < 20 核實申報者
 - 5：論日支付者（轉歸代碼為一般自動出院或轉院個案，其住院日數小於該 Tw-DRG 幾何

平均住院日數且實際醫療費用點數介於上下限臨界點範圍內者)

*23 主治醫師代碼(詳註 17)	X(10) id_chk	1. 被保險人入院後病房主治醫師之身分證號或外籍居留證號, 如住院中有一位以上之主治醫師時, 請填出院時之主治醫師 2. 詳項次 09 身分證統一編號資料說明
△24 DRGs 碼	X(05)	1. 凡屬論病例計酬案件者應依所訂之參考碼填寫 2. 若案件分類為「2」或「A2」本欄不得空白
25 外因分類(一)	X(05)	汽機車交通事故為「Y」時, 本欄不得空白 ICD-9-CM 之 E 碼
26 外因分類(二)	X(05)	ICD-9-CM 之 E 碼
* 27 轉歸代碼(詳註 19)	X(01) isam_chk	1: 治療出院 2: 繼續住院 3: 改門診治療 4: 死亡 5: 一般自動出院 6: 轉院 7: 身份變更 8: 潛逃 9: 自殺 0: 其它 A: 病危自動出院
*28 主診斷(詳註 16)	X(05)	不可為空白 ICD-9-CM 之代碼
29 次診斷代碼(一)	X(05)	ICD-9-CM 之代碼
30 次診斷代碼(二)	X(05)	ICD-9-CM 之代碼
31 次診斷代碼(三)	X(05)	ICD-9-CM 之代碼
32 次診斷代碼(四)	X(05)	ICD-9-CM 之代碼
△33 主手術(處置)	X(04)	ICD-9-CM 之代碼
34 次手術(處置)一	X(04)	ICD-9-CM 之代碼
35 次手術(處置)二	X(04)	ICD-9-CM 之代碼
36 次手術(處置)三	X(04)	ICD-9-CM 之代碼
37 次手術(處置)四	X(04)	ICD-9-CM 之代碼
*38 醫令總數(38~74 項次, 詳註 19)	9 (05)	病人此次住院醫令之總數量
△39 診察費	9 (07)	依支付標準各部章節對應, 右靠不足補 0
△40 病房費	9 (07)	依支付標準各部章節對應, 右靠不足補 0
△41 管灌膳食費	9 (07)	依支付標準各部章節對應, 右靠不足補 0
△42 檢查費	9 (07)	依支付標準各部章節對應, 右靠不足補 0
△43 放射線診療費	9 (07)	依支付標準各部章節對應, 右靠不足補 0
△44 治療處置費	9 (07)	依支付標準各部章節對應, 右靠不足補 0

△45	手術費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△46	復健治療費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△47	血液血漿費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△48	血液透析費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△49	麻醉費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△50	特殊材料費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△51	藥費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△52	藥事服務費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△53	精神科治療費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△54	注射技術費	9 (07)	依支付標準各部章節對應，右靠不足補 0
△55	嬰兒費	9 (07)	包括於治療處置費，右靠不足補 0
*56	醫療費用合計	9 (08)	為項次 39 至 55 之和
*57	部分負擔點數(詳註 19)	9 (07)	醫事服務機構收取之部分負擔點數，右靠不足補 0 應不含醫令類別有「Z」之 G00001 部分負擔點數
*58	申請費用點數	9 (08)	1. 本欄為項次 56 - 57 之值 2. 案件分類「2」之論病例計酬，申請費用點數=醫令清單中醫令類別為「2」之定額費用減第 57 項次部分負擔點數(申請費用點數=醫令類別為「2」之點數-清單部分負擔點數) 3. 案件分類「5」Tw-DRG 案件申請費用點數=醫令代碼 F00000 或 F00001 - 醫令代碼 G00001-清單 57 項次部分負擔 4. 74-2 項次不適用 Tw-DRG 案件特殊註記代碼為「A」者，申請費用點數=清單項次 56 - 醫令代碼 G00001-清單 57 項次部分負擔 5. 當 74-2 項次不適用 Tw-DRG 案件特殊註記代碼為「9」時，本欄費用應為「0」。 6. 案件分類「6」之安寧療護案件，申請費用點數=醫令清單中醫令類別為「2」之定額費用+通則六得另行申報醫令類別為「2」之特定診療項目+通則七得另行核實申報醫令類別為「1」之藥物減清單第 57 項次部分負擔點數(申請費用點數=醫令清單醫令類別為「1+2」之點數-清單 57 項次部分負擔點數)。

- △59 醫療費用點數
(急性病床 1-30 天)
- △60 部分負擔點數
(急性病床 1-30 天)
- △61 醫療費用點數
(急性病床 31-60 天)
- △62 部分負擔點數
(急性病床 31-60 天)
- △63 醫療費用點數
(急性病床 61 天以上)
- △64 部分負擔點數
(急性病床 61 天以上)
- △65 醫療費用點數
(慢性病床 1-30 天)
- △66 部分負擔點數
(慢性病床 1-30 天)
- △67 醫療費用點數
(慢性病床 31-90 天)
- △68 部分負擔點數
(慢性病床 31-90 天)
- △69 醫療費用點數
(慢性病床 91-180 天)
- △70 部分負擔點數
(慢性病床 91-180 天)
- △71 醫療費用點數
(慢性病床 181 天以上)
- 9 (08) 醫療費用點數 (急性病床 1-30 天)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依
1-30 天, 31-60 天, 61 天以上分別
計算醫療費用點數
- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(急性病床 1-30 天) (註 6)
- 9 (08) 醫療費用點數 (急性病床 31-60 天)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依
1-30 天, 31-60 天, 61 天以上分別
計算醫療費用點數
- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(急性病床 31-60 天)
- 9 (08) 醫療費用點數 (急性病床 61 天以上)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依
1-30 天, 31-60 天, 61 天以上分別
計算醫療費用點數
- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(急性病床 61 天以上)
- 9 (08) 醫療費用點數 (慢性病床 1-30 天)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依
1-30 天, 31-60 天, 61 天以上分別
計算醫療費用點數
- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(慢性病床 1-30 天)
- 9 (08) 醫療費用點數 (慢性病床 31-90 天)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依
1-30 天, 31-90 天, 91-180 天, 181 天以上
分別計算醫療費用點數
- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(慢性病床 31-90 天)
- 9 (08) 醫療費用點數 (慢性病床 91-180 天)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依 30
天, 31-90 天, 91-180 天, 181 天以上分別計
算醫療費用點數
- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(慢性病床 91-180 天)
- 9 (08) 醫療費用點數 (慢性病床 181 天以上)
住院超出 30 日以上, 請將醫療費用點數依

1-30 天, 31-90 天, 91-180 天, 181 天以上
分別計算醫療費用點數

- △72 部分負擔點數
(慢性病床 181 天以上)
- △73 依附就醫新生兒出生日期

- 9 (07) 醫事服務機構收取之部分負擔點數
(慢性病床 181 天以上)

- X(07) 1. date_chk 日期檢查(日期格式是否合理)或空白;本欄非空白時,項次 7 部分負擔代號應為「903:健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」。
- 2. 前三碼為年份(右靠不足補 0),中二碼為月份,後二碼為日數(如:0830630 表示 83 年 6 月 30 日)
- 3. 項次 7 部分負擔代號為「903:健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者」,本欄必填,且入院日期 - 本欄出生日期應≤31 日

- △74-1 依附就醫新生兒胞胎註記

- X(1) 1. 項次 73 有日期者,本欄為必填。
- 2. 單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示,如下表:
(1) 新生兒出生順序以英文 26 個字母之順序表示。
(2) 英文大寫表示男性,英文小寫表示女性。
(3) 依附就醫新生兒胞胎註記舉例說明如下:
單胞胎之男性填「A」,單胞胎之女性填「a」;雙胞胎第 1 胎之男性填「A」,第 2 胎之男性填「B」,雙胞胎第 1 胎之女性填「a」,第 2 胎之女性填「b」,依此類推。

新生兒出生順序	性別	
	男	女
1	A	a
2	B	b
3	C	c
4	D	d
5	E	e
6	F	f
7	G	g
8	H	h
9	I	i
10-26	J-Z	j-z

*74-2 不適用 Tw-DRGs 案件
特殊註記

- X(01) isam_chk (所有案件分類均應填)
- 0: 無 (案件分類 5 者, 本項次應為 0)
 - 1: 主診斷為癌症 (140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤 (235.XX、236.XX、237.XX、238.XX) 案件
 - 2: 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院 (996.8X、V42.XX) 案件
 - 3: MDC19、MDC20 之精神科案件
 - 4: 主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常 (286.0-286.3、286.7) 案件
 - 5: 主或次診斷為行政院衛生署公告之罕見疾病案件
 - 6: 試辦計畫、安寧療護案件 (給付類別 9、A、M、D 或病患來源 N、C、R 者)
 - 7: 住院超過 30 日之個案 (急性病床天數+慢性病天數>30 天)
 - 8: 案件分類改變之切帳申報 (健保給付案件改為代辦案件或代辦案件間之案件分類改變或代辦案件改為健保給付案件或健保給付案件間代碼改變。)
 - 9: 住院 30 日內未出院之切帳申報個案 (如部分負擔代碼改變), 但仍為健保給付案件。申報本註記者第 58 項次申請費用點數應為「0」, 第 27 項次轉歸代碼應為「7」身分變更或「2 繼續住院」, 詳範例 8-1
 - A: 因住院 30 日內切帳申報 (如部分負擔代碼改變), 且出院之非 DRG 案件或 >30 天未出院之非 DRG 案件。申報本註記者, 醫令清單應有醫令類別 B、Z 之醫令, 詳範例 8-2-2
 - B: 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件 (案件分類應為代辦案件之代碼或西醫基層診所住院案件)
 - C: 未實施之 Tw-DRGs (22-1 項次應為 Tw-DRG 之代碼) 案件
 - D: 醫院代號改變 (舊代碼) 或停約開始之切帳申報 (出院日期在合約迄日當天或停約

起日前一當天者)

E: 醫院代號改變(新代碼)或停約屆滿之切帳申報(入院日在合約起日當天或停約迄日之次一日者)

F: 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)者

G: 原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報個案。

△08 姓名

X(20) 五個中文字(左靠不足補中文空白)國民身分證上之姓名,冠夫姓者亦一併將夫姓填齊如為外籍人士無中文姓名者,請輸入英文半形,不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)

註 1: 各項次資料請務必詳實填寫,如經檢核有錯誤者,將以退件處理。

註 2: 符號*表示該欄為必要欄位,△表示該項次說明欄未註明非必要欄位或免填者,皆為必要欄位。

註 3: 申報格式內所指之 ICD-9-CM 以 1992 年版為準(94 年 12 月止),自 95 年 1 月起(費用年月)以 2001 年版為準。

註 4: 部分負擔代號(共三碼)

• 代碼 000: 應部分負擔者

● 免部分負擔規定

• 代碼 001: 重大傷病

代碼 011: 住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內之重大傷病。

• 代碼 002: 分娩

註: 分娩免部分負擔之定義為保險對象妊娠週數大於或等於二十週或胎兒體重大於或等於五百公克,"當次"分娩之診療相關費用,免部分負擔。

• 代碼 003: 合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類保險對象)(代辦)。

• 代碼 004: 榮民、榮民遺眷之家戶代表(第六類第一目之保險對象)(代辦)。

代碼 005: 經登記列管結核病患至衛生署公告指定之醫療院所就醫者(代辦)、代辦無健保結核病患之醫療費用(96 年 7 月 9 日健保醫字第 0960023163 號函增訂)。

代碼 006: 勞工保險被保險人因職業傷害或職業病就診者(代辦)。

• 代碼 007: 山地離島地區之就醫(以入院日期判斷,88.7.17 增訂)

• 代碼 009: 本局其他規定免部分負擔者,如百歲人瑞持健保金卡就診者、921 震災。

- 代碼 902：代辦內政部三歲以下兒童醫療補助計劃（91.03.01 增訂）（代辦）
- 代碼 903：健保 IC 卡新生兒依附註記方式就醫者（92.9 增訂）（代辦）
- 代碼 904：代辦愛滋病案件（95.3 增訂）（代辦）

註：依 97 年 2 月 13 日健保醫字第 0970001927 號函，倘同一案件同時符合二項以上免部分負擔條件者，門、住診皆依下列原則填寫：

- （一）依全民健康保險法規定（健保法 81 條）非屬本保險給付範圍之代碼優先填寫，即部分負擔代碼「006（勞保職災）」優先填寫。
- （二）非屬上開案件，則依全民健康保險法規定（健保法 36 條）免自行負擔者優先擇一適用填寫，包括重大傷病（部分負擔代碼：001）、分娩（部分負擔代碼：002）、預防保健服務（部分負擔代碼：009）及山地離島地區之就醫（部分負擔代碼：007）之部分。
- （三）再者，若非上開（一）（二）情形者，屬代辦補助部分負擔者，再由上而下優先擇一適用填寫。

註 5:1、住院中有二次以上轉就醫科（項次 14）時，以出院時之科別填寫。

2、為利專業審查分案需要，就醫科別請按下列申報：

00：不分科（96 年 1 月費用年月取消） 01：家醫科 02：內科 03：外科 04：小兒科 05：婦產科 06：骨科 07：神經外科 08：泌尿科 09：耳鼻喉科 10：眼科 11：皮膚科 12：神經科 13：精神科 14：復健科 15：整型外科 22：急診醫學科 23：職業醫學科（96 年 7 月費用年月新增） 40：牙科 60：中醫科 81：麻醉科 82：放射線科 83：病理科 84：核醫科 2A：結核科 2B：洗腎科

就醫科別次分類：

AA 消化內科 AB 心臟血管內科 AC 胸腔內科 AD 腎臟內科 AE 風濕免疫科 AF 血液腫瘤科 AG 內分泌科 AH 感染科 AI 潛醫科 BA 直腸外科 BB 心臟血管外科 BC 胸腔外科 BD 消化外科 CA 小兒外科 CB 新生兒科 DA 疼痛科 EA 居家護理 FA 放射診斷科 FB 放射腫瘤科學科 GA 口腔顏面外科 AJ 胸腔暨重症加護 HA 脊椎骨科

註 6：住院期間身份變更時，如第一、二類被保險人（住院費用應部分負擔）變更為第五類保險對象（住院費用免部分負擔）時，其住院費用自身份變更確定生效之日起分段結清。

註 7：住院部分負擔比率請參考全民健康保險法第三十五條之規定。

註 8：除出生日期外，費用年月、申報日期、就醫日期等欄位均為 9 type（數字型），不足者前補 0，如年份 84 年表示為 084，日期欄位如無資料請補空白；英文字一律用大寫填寫。

註 9：保險對象以同一疾病（ICD-9-CM 前三碼）於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數應予合併計算（本項係指全民健康保險法第 35 條暨全民健康保險法施行細則第 64 條應自行負擔之費用計算）。

註 10：凡屬繼續住院案件，其醫療費用以兩個月（含）以上申報一次為原則，不足二個月之案件，於出院時一次申報，俾提供較完整資料供審查參考。

註 11:分娩者免部分負擔，分娩引起之合併症或生產後當次住院併行其他治療，必須之相關診療費用亦免部分負擔，若係產前住院治療其他疾病而併行生產者，其費用應以生產日切割，並以繼續住院方式辦理，產前之醫療費用，應收繳部分負擔。

註 12:臟器移植手術，捐贈者非本保險對象，且入住不同醫院，其醫療費用申報方式：

1. 捐贈者非本保險對象，而受贈者為本保險對象，因入住不同醫院，其醫療費用應分別申報。捐贈者之就醫序填「IC98」，身分證字號及出生年月日均填捐贈者本人。至部分負擔仍應比照捐贈者為本保險之保險對象相關規定辦理。
2. 另捐贈者非入住區域醫院及醫學中心時，其醫療費用申報時，醫令類別註記「8」並免申請跨表。

註 13:器官捐贈者及接受器官移植者費用申報方式

1. 器官移植者完成移植時，不論器官捐贈者及接受器官移植者係在同家或不同家醫院實施手術，其器官摘取及移植之醫療費用請分開申報。
2. 受贈者須舉證說明器官來源（於住院醫療服務醫令清單第 9、10、12-7 項次申報捐贈醫所代號、捐贈日期、捐贈者 ID 資料），捐贈者須說明受贈者及受贈醫院名稱資料，並檢附病歷相關資料送審。
3. 部分負擔仍請依規定核實申報。

註 14:有關「雙側」之全膝關節置換手術、水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術等三項非屬論病例計酬住院項目，其申報之方式如后：

該類項目之案件分類應為「1」一般案件或「3」高額案件，DRG 參考碼並請按左列所訂填寫以資與原各「單側」論病例計酬案件區別，如未填寫者，以論病例計酬項目規定審核，其他按現行規定申報。

項 目	費用清單第 項次 DRG 參考碼
全膝關節置換手術(雙側、住院)	0471B
水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(雙側、住院)	0039B

註 15:特約醫療院所申報汽機車交通事故患者之醫療費用時，住院、門診案件之填報方式：

特約院所申報汽機車交通事故患者之醫療費用時，住院案件請於住院醫療費用清單上「交通事故」欄位填 Y，「外因分類」欄依事故情形外因分類碼 E810 至 E819；門診案件，依事故情形，於醫療服務點數清單上「國際疾病分類號碼」欄加填外因分類碼 ICD-9-CM：E810 至 E819。

註 16:代辦案件項次 13 案件分類代碼、07 部分負擔代碼、22 健保卡就醫序號之關聯表

項次 名稱 代辦單位	13 案件分類	07 部分負擔代號	22 健保卡就醫序號	備註

勞保局	代碼 A1-AZ： A1：一般案件 A2：論病例計酬 A3：特定案件 A4：支付制度試辦計畫 (肝炎、乳癌)	006：勞工保險被保險人 因職業傷害或職業病就 診者	IC06 代辦職災病 患就診	1. A1-AZ 申報方式 與健保給付案件 相同。 2. 肝炎試辦計畫給 付類別應為「M」 乳癌試辦計畫病 患來源應為「N、 C、R」
衛生署	代碼 B1-BZ： B1：精神病嚴重病人送醫 及強制住院案件	009：本局其他規定免部 分負擔者	IC08 代辦精神科 強制住院	病患來源應為「S」
疾病管制局	代碼 C1-CZ： C1：AIDS 案件	904 代辦愛滋病案件	非健保保險對象 者以「IC09」無 健保愛滋病患就 醫填入	項次 28 主診斷碼應 為 042 或 V08
	C2：結核病痰抹片陽性個案 住院≤14 天內案件 (算進不算出)。 C3：結核病 MDR 及抗結核藥 物副作用住院≤60 天 內 (算進不算出)。 96 年 5 月 2 日健保醫 字第 0960014750 號 函自 96 年 5 月 1 日起 修訂適用範圍和申報 醫院資格為抗結核藥 物副作用個案住院≤ 30 天，且限該局「MDR 結核病醫療照護體 系」之合作醫院及各 醫學中心申報。	005：經登記列管結核病 患至衛生署公告指定之 醫療院所就醫者	健保卡就醫序號	項次 28 主診斷碼應 為 010-018

註 17：身分證統一編號、主治醫師代碼(10 碼)欄位說明及邏輯檢核(含本國人、外國人及遊民)

一、欄位內容說明

第 1 碼：區域碼(A~Z)

第 2 碼：性別

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

第 3~9 碼：流水號

第 10 碼：檢查碼

二、區域碼轉成對應之二碼數字

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
0	1	2	3	4	5	6	7	4	8	9	0	1	2	5	3	4	5	6	7	8	9	2	0	1	3

三、檢查號碼計算規則

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

四、範例說明

1. 本國人 A123456789（9 為正確之檢查碼）

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

2. 外國人或遊民 FA12345689（9 為正確之檢查碼）

$$\begin{array}{r}
 F \quad A \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 8 \\
 \downarrow \\
 \begin{array}{r}
 1 \quad 5 \quad 0 \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 8 \\
 * \quad 1 \quad 9 \quad 8 \quad 7 \quad 6 \quad 5 \quad 4 \quad 3 \quad 2 \quad 1 \quad \text{(特定數)} \\
 \hline
 1 \quad 5 \quad 0 \quad 7 \quad 2 \quad 5 \quad 6 \quad 5 \quad 2 \quad 8 \quad \text{(取個位數, 不進位)} \\
 \\
 1+5+0+7+2+5+6+5+2+8=41 \\
 \text{檢查碼}=10-1=9
 \end{array}
 \end{array}$$

註 18：有關本局 97 年度代辦結核病公務預算支付醫療費用 97 年 4 月 1 日起依本局 97 年 2 月 29 日健保醫字第 0970017816 號函辦理。

註 19：案件分類 5、部分負擔代碼改變切帳申報，詳住院醫療服務點數清單—範例

註 20：案件分類 6 申報說明：

1. 第 39-55 分項費用欄位：以醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，按醫令代碼歸納至相對欄位中。
2. 第 56 項次醫療費用合計=項次 39 至 55 之和 =項次 59、61、63、65、67、69、71 之和。
3. 第 57 項次部分負擔點數：應部分負擔者以實際發生之醫療費用計算=60、62、64、66、68、70、72 之和。
4. 第 60、62、64、66、68、70、72 項次部分負擔之計算：以第 59、61、63、65、67、69、71 項次實際發生之醫療費用，所有案件均按住院部分負擔比率計算，以便向相關單位拆帳。
5. 其他欄位比照現行申報方式。

註 21：本局 98 年 10 月 20 日健保醫字第 0980059617 號函，有關急診轉住院之案例，本局重申未強制須合併住院案件申報；惟特約院所若將當次急診轉住院個案合併住院申報者，其住院醫療服務點數清單中之「入院年月日」，自 99 年 1 月起(費用月份)，則以急診就醫年月日為「入院年月日」。

住院醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明

99年7月(費用月份)起適用

(檔案名稱:ORDFB, 每筆長度 506 bytes)

項次	資料名稱	格式	資料說明
*01	資料格式	X(02)	"22"表住院醫療服務醫令清單格式。
*02	特約醫事機構代號	X(10)	hosp_id_chk 衛生署編定之代碼。 代檢及轉檢由原診治之特約醫院、診所申報。
*03	費用年月	X(05)	month_chk 前三碼為年份，後二碼為月份。
*04	案件分類	X(02)	1、isam_chk (案件分類值為1碼者左靠補空白)。 2、本欄須與住院醫療服務點數清單同筆資料之流水號一致。
*05	申報類別	X(01)	isam_chk 1:送核 2:補報。
*06	流水編號	9(06)	醫院所編之申報流水序號。 右靠不足補0,請依案件分類之類別分別連續編號,本欄須與住院醫療服務點數清單同筆資料之流水號一致。
*07	身分證統一編號	X(10)	id_chk 國民身分證之統一編號,或外籍居留證號碼(左靠不足補空白)。
*08	醫令序	9(05)	依同一病患申報之醫令順序編號。
*09	醫令類別	X(01)	1:用藥明細。 2:診療明細。 3:特殊材料。 4:不得另計價之藥品或診療項目(註4)。 7:代檢及非該層級適用類別之轉檢。 8:器官捐贈。 A: Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001,且案件分類應為5。 B: 部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料,醫令代碼必為「G00000~G00001」。 Z: 部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、診療明細、特殊材料醫令(該類醫令應計算至本次醫療服務點數清單之39~55項次醫療費用)。 Y: 器官捐贈來源之資訊,醫令代碼必為「Y00000」。 X: Tw-DRGs 支付通則得另行核實申報之項目,其點數不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算: 1. 若申報醫令類別 X, 點數清單之案件分

類必為 5，醫令代碼必為 CBA01*開頭且點數清單項次 33-37 處置碼需有一為 3761；或醫令代碼為 57114C, 57115C, 57116B 者, 其 MDC 必為 14。

2. 該點數並依支付標準之各部章節對應到醫療服務點數清單中 39~55 及 59~72 之項次中。

B、Z 之醫令類別應同時存在。

*10 醫令代碼

X(12) 全民健保藥品或醫療費用支付標準碼。

請按醫令代碼序依序申報, 如係規律連續執行之醫令或同一醫令加成費用種類相同者, 醫令請彙總列報。

Tw-DRG 醫令代碼：

1、Tw-DRG 支付內容「A00000~ A00006」，每一個案均應申報：

- (1) A00000：相對權重 RW。
- (2) A00001：標準給付額 SPR。
- (3) A00002：該 Tw-DRG 幾何平均住院日。
- (4) A00003：該 Tw-DRG 下限臨界點。
- (5) A00004：醫療服務點數=清單 56 項次點數(含醫令類別 Z 部分負擔代碼改變已切帳申報之醫療費用點數)-醫令類別 X 之醫療費用點數
- (6) A00005：該個案住院醫療服務點數清單第 19+20 項次之急慢性病床天數。
- (7) A00006：該 Tw-DRG 上限臨界點。

2. 基本診療加成「A10000~A10003」，每一個案均應申報其中之一：

- (1) A10000：無加成「0」。
- (2) A10001：醫學中心加成。
- (3) A10002：區域醫院加成。
- (4) A10003：地區醫院加成。

3. 兒童加成率「A20000~A40003」，每一個案均應申報其中之一：

(1) 非 MDC15 內科系加成：

- A、A20000：非 MDC15 內科系無加成「0」。
- B、A20001：非 MDC15 內科系<6 個月兒童加成。

C、A20002：非 MDC15 內科系>=6 個月,<2

歲兒童加成。

D、A20003：非 MDC15 內科系 ≥ 2 歲, ≤ 6 歲兒童加成。

(2) 非 MDC15 外科系加成：

A、A30000：非 MDC15 外科系無加成「0」。

B、A30001：非 MDC15 外科系 < 6 個月兒童加成。

C、A30002：非 MDC15 外科系 ≥ 6 個月, < 2 歲兒童加成。

D、A30003：非 MD15C 外科系 ≥ 2 歲, ≤ 6 歲兒童加成。

(3) MDC15 加成：

A、A40000：MDC15 無加成「0」。

B、A40001：MDC15 < 6 個月兒童加成。

C、A40002：MDC15 ≥ 6 個月, < 2 歲兒童加成。

D、A40003：MDC ≥ 2 歲, ≤ 6 歲兒童加成。

4. CMI 加成率「A50000~A50003」，每一個案均應申報其中之一：

A50000：CMI 值無加成「0」。

A50001：CMI 值大於 1.1, 小於等於 1.2 加成。

A50002：CMI 值大於 1.2, 小於等於 1.3 加成。

A50003：CMI 值大於 1.3 加成。

5. 山地離島加成「A60000~A60001」，每一個案均應申報其中之一：

(1) A60000：無山地離島加成。

(2) A60001：山地離島加成。

6. Tw-DRGs 支付定額「B00000」，每一個案均應申報：

$B00000$ (Tw-DRGs 支付定額, 小數點下 1 位 4 捨 5 入, 取整數) = $A00000$ (相對權重 RW) $\times A00001$ (標準給付額 SPR) \times (1 + 基本診療加成 A10000~A10003 其中之一 + 兒童加成 A20000~A40003 其中之一 + CMI 加成率「A50000~A50003」其中之一 + 山地離島加成 A60000~A60001 其中之一)

7. 上限臨界點「C00000~C00003」每一個案均應申報其中之一：

(1) C00000：無上限臨界點請填「0」(當 A00000：相對權重 RW 為「0」無權重

時，填此醫令)

(2) C00001：上限臨界點為 A00006 者。

(3) C00002：上限臨界點以 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 計算者。

A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。

B、且 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 高於上限臨界點 (A00006)，但低於實際醫療服點數 (A00004)。

(4) C00003：不列入計算上限臨界點者，請填「0」。

A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。

B、且 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 高於上限臨界點 (A00006) 及實際醫療服點數 (A00004)。

8. 邊際成本計算「D00000~D00002」(每一個案均應申報其中之一)：

(1) D00000 (當支付型態非「1」時，填此醫令)：無邊際成本請填「0」。

(2) D00001 (當支付型態為「1」時，填此醫令)：邊際成本(小數點下 1 位 4 捨 5 入，取整數) = 【A00004 醫療服務點數 - C00001 或 C00002 上限臨界點】 × 0.8。

(3) D00002：不計算邊際成本，當支付型態為「1」，上限臨界點為 C00003 不列入計算上限臨界點者，填此醫令，邊際成本請填「0」。

9. Tw-DRGs 支付點數「E00000~E00005」，每一個案均應申報其中之一：

(1) E00000 費用在上下限臨界點範圍內者 = B00000 支付定額 + D00000 無邊際成本

(2) E00001 費用高於上限臨界點者 = B00000 支付定額 + D00001 邊際成本 或 D00002 不計算邊際成本

(3) E00002 費用低於下限臨界點核實申報者 = A00004 醫療服務點數

(4) E00003 無權重之 Tw-DRGs 核實申報者 = A00004 醫療服務點數

(5) E00004 該 Tw-DRGs 個案 < 20 核實申報者 = A00004 醫療服務點數

(6) E00005 論日支付者 = B00000 支付定

額÷ A00002 該 Tw-DRGs 幾何平均住院 × A00005 該個案住院醫療服務點數清單第 19+20 項次之急慢性病床天數；小數點下 1 位 4 捨 5 入，取整數。

10. Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數)「F00000-F00001」，每一個案均應申報其中之一：

- (1) F00000 Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數) = E00000 或 E00001 或 E00005 + 醫令類別 X 之點數
- (2) F00001 = E00002 或 E00003 或 E00004 + 醫令類別 X 之點數

11. 部分負擔代碼改變切帳申報，出院時該次費用應申報醫令類別「B」之下列 2 項醫令，且醫令類別應另有「Z」之醫令：

- (1) G00000：部分負擔代碼改變已切帳申報之個案資料。
- (2) G00001：部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數，如為免部分負擔者，點數請填「0」。

12. 該筆醫令為「費用點數」者，該費用點數(例如 B00000、D00001、E00005)於計算後小數點下 1 位 4 捨 5 入，取整數。
器官捐贈來源資訊 Y00000：申報心臟移植(68035B)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、肺臟移植(單側 68037B、雙側 68047B)、胰臟移植(75418B)、角膜移植(85213B)、骨髓移植(異體移植 94201B、自體或異體植髓 94204B)者，應填報器官捐贈來源資訊 Y00000 之醫令。

*11 支付成數

X(03) 此欄表示全民健保醫療費用支付標準表規定之診療項目有加成或折扣者，按成數填報，取至小數點下二位，第三位四捨五入(如：加二成表示為 120，無加成為 100，打八折為 080)。若醫令類別為 A、B、Y 則此欄請填「000」

12 用法或會診科別或病床號
或診療之部位

12-1-1 藥品用量

9(04)v99 起始位置為第 58 BYTE。

本欄請右靠不足前補 0。

依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。

△12-1-2(藥品)使用頻率

X(18) 起始位置為第 64 BYTE。
本欄請左靠不足補空白。
依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。
若醫令為精神科治療費、復健治療費、治療處置費、血液透析費等項目此欄為必要欄位。

12-1-3 給藥途徑/作用部位

X(04) 起始位置為第 82 BYTE。
本欄請左靠不足補空白。
依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。
isam_chk。

△12-2 會診科別

X(28) 起始位置為第 58 BYTE。
若醫令為會診費則此欄為必要欄位(請填會診科別)本欄請左靠不足補空白。

△12-3 病床號

X(28) 起始位置為第 58 BYTE。
若醫令為病房費則此欄為必要欄位(請填醫院向健保局登記之病床號碼)本欄請左靠不足補空白。

△12-4 診療之部位

X(28) 起始位置為第 58 BYTE。
若醫令代碼為註 5 之診療項目者，則此欄為必要欄位。診療之部位代碼：右側填 R、左側填 L、雙側填 B。
本欄請左靠不足補空白。

△12-5-1 Tw-DRGs 計算

9 (08)v9999 起始位置為第 58 BYTE。
本欄請右靠不足前補 0。
若醫令類別為 A 或醫令別 B 且醫令代碼為 G00001 時，則此欄為必要欄位。

△12-5-2 保留欄位

X(16) 起始位置為第 70 BYTE。
本欄請左靠不足補空白。

△12-6 切帳前筆資料

X(28) 起始位置為第 58 BYTE。
本欄請左靠不足補空白。
醫令代碼為 G00000 者此欄為必要欄位。
費用年月(第 1-5 碼)/申報類別(第 6 碼)/申報日期(第 7-13 碼)/案件分類(第 14-15 碼,若為 1 碼者左靠補「-」/流水號(第 16-21 碼)。

△12-7 器官捐贈者資料

X(28) 起始位置為第 58 BYTE。
醫令代碼為 Y00000 者此欄為必要欄位。
境內捐贈(第 1 碼填 0)/捐贈院所代號(第 2-11 碼)/捐贈日期(第 12-18 碼)/捐贈者 ID(第 19-28 碼)。

境外捐贈(第1碼填1)本欄請左靠不足補空白。

*13 執行時間-起

X(11) 前三碼為年份,次二碼為月份,次二碼為日數,次二碼為時點,後二碼為分(如:84年12月30日20點5分表示為(08412302005),凌晨時分應以0000表示,而不應以2400表示所有醫令均應填寫;若醫令為手術費、麻醉費須填寫至時分欄位;若醫令為病房費、放射線診療費、復健治療費、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位,時分欄位可補0;若醫令類別為A、B、Y之醫令則為申報起日。

*14 執行時間-迄

X(11) 1.前三碼為年份,次二碼為月份,次二碼為日數,次二碼為時點,後二碼為分(如:85年1月3日21點5分表示為(08501032105)
2.凌晨時分應以0000表示,而不應以2400表示。
3.所有醫令均應填寫;若醫令為手術費、麻醉費須填寫至時分欄位;若醫令為病房費、放射線診療費、復健治療費、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位,時分欄位可補0;若醫令類別為A、B、Y之醫令則為申報迄日。

*15 總量

9 (5)v9 取至小數點下一位,第二位四捨五入。
若醫令類別為A、B、Y則此欄右靠不足補0。

*16 單價

9 (7)v99 取至小數點下二位,第三位四捨五入。
若醫令類別為A、B、Y則此欄右靠不足補0。

*17 點數

9 (8) 數量乘單價,並加成計算,元以下四捨五入取整數。
若醫令類別為A、B、Y則此欄右靠不足補0。

=====
註1: 每筆可申報5次醫令(第8項至第17項重複輸入),超過5次者寫入下一筆,不足者請補空白

註2: 各項次資料請務必詳實填寫,如經檢核有錯誤者,將以退件處理。

註3: 符號*表示該欄為必要欄位,△表示該項次說明欄未註明非必要欄位或免填者,皆為必要欄位。

註4: 採論病例計酬、定額給付案件,請以醫令類別4填報含括於定額費用內之實際施行的診療項目。

註5: 治療處置、手術、檢驗(查)加註診療之部位醫令代碼一覽表

全膝關節置換術	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
全膝關節置換術	64202B	人工全膝關節再置換	R:右側 L:左側 B:雙側
	64164B	全膝關節置換術	
	97805K	全膝關節置換術(單側)(住院)	
	97806A	全膝關節置換術(單側)(住院)	
	97807B	全膝關節置換術(單側)(住院)	
全股關節置換術	64201B	人工全髌關節再置換	
	64162B	全股關節置換術	
	97801K	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97802A	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97803B	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97811K	全股關節置換術(雙側)(住院)	
	97812A	全股關節置換術(雙側)(住院)	
白內障手術	97813B	全股關節置換術(雙側)(住院)	
	86007C	水晶體囊外(內)摘除術	
	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	86011C	人工水晶體植入術—第一次植入	
	86012C	人工水晶體植入術—第二次植入	
	86013C	人工水晶體植入術—調整術	
	97601K 97602A 97603B	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(住院)	
	97605K 97606A 97607B 97608C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)	
	尿路結石體外震波碎石術	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次
		50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次
97405K		尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
97406A		尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
97420B		尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
97407K		尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
97408A		尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
97421B		尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
97409K		尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
97410A		尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
97422B		尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
97411K		尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)	
97412A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)		

	97423B	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
電腦斷層 造影	33070B	無造影劑-全身型	H：頭部
	33071B	有造影劑-全身型	A：頸部
	33072B	有/無造影劑-全身型	F：頭頸部
磁振造影	33084B	無造影劑	U：胸部
	33085B	有造影劑	N：頸椎
			J：胸椎
			K：腰椎
			G：胸部及上腹部
			C：上腹部
			I：腹部（含骨盆腔）（99.3修訂）
			P：骨盆腔
			E：肢部
			Q：臂神經血管叢
			M：骨骼肌肉系統
			V：心血管系統
			S：MRS（磁振頻譜）
			T：MRA（磁振血管攝影）
			O：其他
			依實施部位填寫左
			靠，不足補空白，例
			如頸椎及胸椎則填
			NJ，最多申報六個部
			位。

註6：案件分類5、部分負擔代碼改變切帳申報，詳住院醫療服務醫令清單一範例

註7：案件分類6定額費用及支付標準通則六得另行申報之特定診療項目，醫令類別請填「2」，支付標準通則七得另行核實申報之藥物醫令類別為「1」，實際醫療費用之醫令類別請填「4」（含支付標準得另行申報之醫令）。