

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 轉 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

牙醫全聯會
校對章(265)

理事長謝尚廷

107.5.9	收文
☐ 存查	☒ 轉知
00	擬辦
2018	簽名
0509	

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務六區審查分會 主委決行

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：

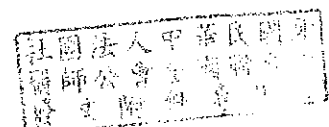
附件：發布令影本(含修正條文)1份(1071260206C-1.pdf)

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。

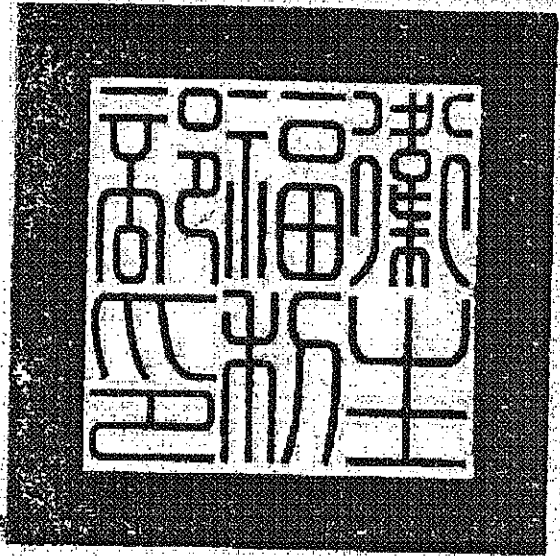
正本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、法務部矯正署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部綜合規劃司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

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
條文(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)

保險對象基本資料	姓名			出生日期	民國(前)		年	月	日		
	過敏史			身分證號							
	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
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)											
檢查日期： 年 月 日				執行檢查醫事人員簽章： _____							
				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復原診療院所

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

中華民國郵政(股)公司 承製

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 歷 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	聯 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		
	B.診斷	ICD-10-CM/PCS 病名		
	1.(主診斷)			
	2.			
轉 診 目 的	C.檢查及治療摘要	最近一次用藥或手術名稱		
	1.最近一次檢查結果	日期：		
	報告：	日期：		
	2.最近一次用藥或手術名稱	日期：		
院 所 診 治 醫 師	1. ☐ 急診治療	4. ☐ 進一步檢查，檢查項目		
	2. ☐ 住院治療	5. ☐ 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤		
	3. ☐ 門診治療	6. ☐ 其他		
	院所住址	傳真號碼 電子信箱		
開 立 期 日	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章
	年 月 日	安排就醫日期	年 月 日	科 診 號
	建議轉至院所	名稱：(必填)	科別：(必填)	醫師：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 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中 3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中 5. ☐ 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下 6. ☐ 其他		
	治療摘要	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		
	院所名稱	電話或傳真： 電子信箱：		
	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章

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，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。

