

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426號10樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：許家楨 (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 10 月 11 日

發文字號：牙全廷字第 1912 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳如說明段

主旨：函轉衛生福利部中央健康保險署醫療費用收據，修訂有關「健康存摺」之加註文字，詳如說明段，敬請 周知會員，請 查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署 107 年 10 月 1 日健保醫字第 1070075578 號函辦理，請各縣市牙醫師公會周知所屬會員。
- 二、為避免保險對象誤解健康存摺可查詢自付費用項目，請修正交付保險對象之醫療費用收據中，加註宣導健康存摺之文字；修正為「有關您的部分負擔費用及健保就醫資訊，可至全民健康保險署『健康存摺』查詢」
<https://myhealthbank.nhi.gov.tw>
- 三、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

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

107.10.17	收文
☐ 存查	☒ 轉知
PO	擬辦
網	辦
簽	簽
2018	
1024	

○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○○
 性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○
 診別：○○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	xx	掛號費	xx
藥費	xx	部分負擔	
藥事服務費	xx	基本部分負擔	xx
注射費	xx	藥品部分負擔	xx
檢驗費	xx	復健部分負擔	xx
檢查費	xx	檢驗檢查	xx
處置手術費	xx	藥品	xx
材料費	xx	衛材	xx
		其他	xx
小計：健保申報 xxxx 點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 xxx 元 其他自費金額 xxx 元	
應繳金額：xxx元		收款人：○○○（收費章及日期）	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話（條戳或圖記）

第○聯

收據編號：○○○○

有關您的部分負擔費用及健保就醫資訊，可至全民健康保險署「健康存摺」查詢

<https://myhealthbank.nhi.gov.tw>

