

# 雲林縣中醫師公會 函

會址：斗六市雲林路2段211號6樓之10.11

電話：(05)5354088

傳真：(05)5332336

E-mail：ylcm@seed.net.tw

聯絡人：江佩容

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 107 年 5 月 16 日

發文字號：(107)雲縣中醫邦字第 120 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

主 旨：轉知檢送衛生福利部發布令修正「全民健康保險轉診實施辦法」相關條文影本 1 份，請 查照。

說 明：依據中華民國中醫師公會全國聯合會 107 年 5 月 10 日(107)全聯醫總全字第 0903 號函辦理。

理事長黃上邦

檔 號：  
保存年限：

中華民國中醫師公會 全國聯合會
107.4.30
收文第A1354醫

## 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

22069



新北市板橋區民生路一段33號11樓之2

受文者：中華民國中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-L.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								
	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：(以下由接受轉檢的醫事服務機構紀錄)									
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  
第二聯：接受轉檢醫事服務機構留存  
第三聯：原診療院所

第三聯：原診療院所、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	保險對象基本資料	姓名		出生日期		身分證號	
		民國(前) 年 月 日					
診	歷	聯絡人 聯絡電話		聯絡地址			
醫	要	A. 病情摘要(主訴及簡短病史)				D. 藥物過敏史 <input checked="" type="checkbox"/>	
		B. 診斷 ICD-10-CM/PCS 病名					
院	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			
診	所	3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他			
		C. 檢查及治療摘要		E. 最近一次用藥或手術名稱			
所	接受轉診醫院診所	1. 最近一次檢查結果		日期:			
		報告:		日期:			
院所住址		傳真號碼		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		
建議轉至院所		名稱:(必填) 科別:(必填)		醫師:			
有效期限		年 月 日		地址:			
處理情形		1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院					
治療摘要		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置, 並住本院 病房治療中		3. 輔助診斷之檢查結果			
院所名稱		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中					
診治醫師		姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日	
		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中					
		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					

第一聯: 接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯: 接受轉診(轉入)醫院、診所留存

本轉診單限使用一次, 非本辦法第... 條規定應包括之內容者, 如無則填... 診所執行本保險之計畫或方案提供定額或超過醫療服務, 將保險對象轉回同機構繼續接受治療者, 得免...