

檔 號：
保存年限：

大 高 雄 中 醫 師 公 會 函

會址：高雄市鳳山區工協街 32 號
電話：(07)7014385
傳真：(07)7019893
E-mail：service331618@gmail.com

受文者：本會各醫療院所

發文日期：中華民國 107 年 11 月 16 日

發文字號：大高雄中醫(聖)字第 175 號

速 別：

裝 附 件：計畫申請表，4 件

主 旨：中華民國中醫師公會檢送「全民健康保險各式計畫申請表」4 份，請查照辦理。

說 明：

- 一、依據中華民國中醫師公會全國聯合會 107 年 11 月 9 日(107)全聯醫總全字第 1241 號函辦理。
- 二、「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」等 4 案，自即日起開始收件。請原承辦計畫之中醫特約醫事服務機構若有「新增醫師」或「新增承辦計畫」者，盡速擬定計畫表，並於 107 年 11 月 30 日前向中華民國中醫師公會全國聯合會提出申請。
- 三、上開各專案計畫之細部規範內容，請參考衛生福利部中央健康保險署之正式公告條文，附此敘明。

正本：本會各醫療院所

理事長 楊啟聖

附 件

108年度全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

註：限醫院附設中醫科部申請

■ 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

申請日期： 年 月 日

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|---------|--|--------|----|
| 基 | 院所名稱 | | | 院所代碼 | | |
| | 本計畫負責醫師姓名 | | | 身分證字號 | | |
| | 聯絡電話 | | | 通訊地址 | | |
| 本 | 承辦計畫醫師名單 | | | | | |
| | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 中醫執業年資 | 受訓課程日期 | |
| | | | 台中字第 號 | | | |
| | | | 台中字第 號 | | | |
| | | | 台中字第 號 | | | |
| | | | 台中字第 號 | | | |
| | | | 台中字第 號 | | | |
| 資 | 保險醫事服務機構自評項目 | | | 請 V 選 | | 備註 |
| | 院所二年內「未違反」健保相關法規 | | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | | |
| | 醫師二年內「未違反」健保相關法規 | | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | | |
| 料 | 機構章戳 | 註：請蓋機構大章或由計畫負責醫師簽名 | | | | |

| | |
|-----------------------------|--|
| 中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫) | 1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 |
| | 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 |
| | 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 |
| | 4 <input type="checkbox"/> 其他。 |
| | 審核委員： 審核日期： 年 月 日 |

108 年度全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案(方案名稱暫訂)申請表

癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫(計畫名稱暫訂) 註：限醫院附設中醫科部申請

癌症患者中醫門診延長照護計畫 註：限醫院附設中醫科部申請

特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 (註：乳、肝、肺、大腸癌門診照護計畫)

申請日期： 年 月 日

| | | | | | |
|----------|------------------|--------------------|--|--------|--------|
| 基 | 院所名稱 | | 院所代碼 | | |
| | 本計畫負責醫師姓名 | | 身分證字號 | | |
| | 聯絡電話 | | 通訊地址 | | |
| 承辦計畫醫師名單 | | | | | |
| 本 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 中醫執業年資 | 受訓課程日期 |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| 資 | 保險醫事服務機構自評項目 | | 請 V 選 | | 備註 |
| | 院所二年內「未違反」健保相關法規 | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | | |
| | 醫師二年內「未違反」健保相關法規 | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | | |
| 料 | 機構章戳 | 註：請蓋機構大章或由計畫負責醫師簽名 | | | |

| | |
|-----------------------------|---|
| 中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫) | <p>1 <input type="checkbox"/> 審核通過。</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 其他。</p> <p>審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日</p> |
|-----------------------------|---|

108 年度全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

申請日期： 年 月 日

| | | | | |
|------------------|--------------------|-------|--|--------|
| 基 本 資 料 | 院所名稱 | | 院所代碼 | |
| | 本計畫負責醫師姓名 | | 身分證字號 | |
| | 聯絡電話 | | 通訊地址 | |
| 承辦計畫醫師名單 | | | | |
| | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 中醫執業年資 |
| | | | 台中字第 號 | |
| | | | 台中字第 號 | |
| | | | 台中字第 號 | |
| | | | 台中字第 號 | |
| | | | 台中字第 號 | |
| | 保險醫事服務機構自評項目 | | 請 V 選 | 備註 |
| | 院所二年內「未違反」健保相關法規 | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | |
| | 醫師二年內「未違反」健保相關法規 | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | |
| 機 構 章 戳 | 註：請蓋機構大章或由計畫負責醫師簽名 | | | |

| | |
|--|---|
| 中醫全聯會審核意見欄 <small>(本欄位由中醫全聯會填寫)</small> | 1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他。 |
| 審核委員： | 審核日期： 年 月 日 |

108 年度全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

| | | | | | |
|----------|------------------|--------------------|--|--------|--------|
| 基 | 院所名稱 | | 院所代碼 | | |
| | 本計畫負責醫師姓名 | | 身分證字號 | | |
| | 聯絡電話 | | 通訊地址 | | |
| 承辦計畫醫師名單 | | | | | |
| 本 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 中醫執業年資 | 受訓課程日期 |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| | | | 台中字第 號 | | |
| 資 | 保險醫事服務機構自評項目 | | 請 V 選 | | 備註 |
| | 院所二年內「未違反」健保相關法規 | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | | |
| | 醫師二年內「未違反」健保相關法規 | | <input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反 | | |
| | 機構章戳 | 註：請蓋機構大章或由計畫負責醫師簽名 | | | |
| 料 | | | | | |

| | |
|-----------------------------|--|
| 中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫) | 1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 |
| | 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 |
| | 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 |
| | 4 <input type="checkbox"/> 其他。 |
| | 審核委員： 審核日期： 年 月 日 |