

台北市中醫師公會

檔 號： 104.7.-3
保存年限：

收文第 040337 號

函

中華民國中醫師公會全國聯合會

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

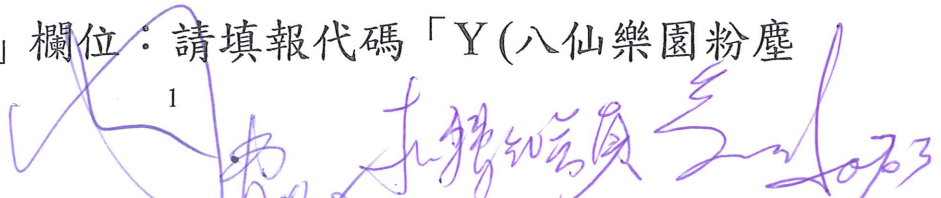
受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 104 年 6 月 30 日
發文字號：(104)全聯醫總成字第 0844 號
速 別：
附 件：乙件

主 旨：有關新北市八仙樂園粉塵發生閃燃意外受傷保險對象的醫療費用部分不向病人收費乙案，詳說明段，請查照並轉知所屬會員。

說 明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署 104 年 6 月 30 日健保醫字第 1040080500 號函辦理。
- 二、健保署已透過特約醫事服務機構的專屬網路轉知院所，本次這次受傷保險對象到任何健保特約院所就醫(含中醫)，主動說明病史，院所配合優免自費部分，並可依附件說明向健保署申請費用補助。
- 三、健保已有給付項目按現行方式申報：
 - (1)免收應自行負擔之費用，申報醫療費用時「部分負擔代碼」欄位，請填報免部分負擔代碼「009」。
 - (2)「給付類別」欄位：請填報代碼「Y(八仙樂園粉塵



爆炸事件)」。

(3)非本保險保險對象者，「身分證統一編號」欄位，請填報「護照或居(停)留證號碼」前開如大於 10 碼，請取前 10 碼填報，「就醫序號」欄位，如無健保 IC 卡者，請填報 C001 (例外就醫)

四、非健保給付之項目(不含應自行負擔費用)以書面申報：至 104 年 9 月 30 日止(費用年月)，請填報下列表單，併每月醫療費用送本署各分區業務組辦理 (詳附第三及四頁) (註：9 月 30 日後再行研議)。



正本：各縣市中醫師公會

副本：中執會六區分會

理事長 何永成

抄件：本署醫務管理組

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：王金桂(02)27065866轉2690

電子信箱：A110092@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國104年6月30日

發文字號：健保醫字第1040080500號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：見說明

主旨：有關本保險保險對象及非本保險對象(如外國人)因八仙樂園粉塵爆炸事件之就醫費用，請轉知轄區特約醫事機構配合辦理，請查照。

說明：

- 一、自104年6月27日起(就醫年月日)特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式(門診、住院及交付機構)之「給付類別」欄位新增給付類別代碼『Y(八仙樂園粉塵爆炸事件)』。
- 二、旨揭對象就醫醫療服務費用，如非本保險對象之就醫醫療費用或本保險保險對象之非健保給付項目如自行負擔費用、病房費差額、未納入健保給付醫療費用、救護車費用、掛號費、膳食費及診斷書費用，由本署先行代墊，再請新北市政府歸墊。申報方式如下：
 - (一)健保已有給付項目按現行方式申報：
 - 1、免收應自行負擔之費用，申報醫療費用時，「部分負擔代碼」欄位，請填報免部分負擔代碼「009」。
 - 2、「給付類別」欄位：請填報代碼『Y(八仙樂園粉塵爆炸事件)』。
 - 3、非本保險保險對象者，「身分證統一編號」欄位，請填報「護照或居(停)留證號碼」，前開如有大於10碼，請取前10碼填報，「就醫序號」欄位，如無健保

IC卡者，請填報C001（例外就醫）。

(二) 非健保給付之項目(不含應自行負擔費用)以書面申報：
至104年9月30日止(費用年月)，請填報下列表單，併每月醫療費用送本署各分區業務組辦理。

- 1、中央健康保險署代辦八仙樂園粉塵爆炸事件非健保給付項目費用申請總表，如附件1。
- 2、中央健康保險署代辦八仙樂園粉塵爆炸事件非健保給付項目費用申請明細表，如附件2。

正本：本署各分區業務組

副本：本署醫審及藥材組、本署財務組、新北市政府(均含附件)

中央健康保險署代辦八仙樂園粉塵爆炸事件 非健保給付項目費用申請總表

<input type="checkbox"/> 門診	<input type="checkbox"/> 住診		<input type="checkbox"/> 交付繼續	
費用年月	年	月	申報日期	
申報類別	<input type="checkbox"/> 送核	<input type="checkbox"/> 補報	頁數	共 頁 第 頁

①序號	②流水號	③身分證字號	④姓名	⑤案件分類	⑥申請金額	⑦核定金額	⑧備註
本頁小計							
總計(最後一頁填寫)							

說明：

- 1、「流水號」、「案件分類」請依健保申報案件填寫。
- 2、申報費用時，請填「中央健康保險署代辦八仙樂園粉塵爆炸事件非健保給付項目費用申請明細表」。
- 3、除第⑦⑧欄外，其餘欄位務必詳細填明，並加蓋醫療院所印信及負責人私章。

院所代號		負責醫師	
院所名稱		負責醫師印章	
電話			

中央健康保險署代辦八仙樂園粉塵爆炸事件非健保給付項目費用申請明細表

<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 交付機構	服務機構代號及名稱	費用年月 年 月	案件分類 (同健保申報案件)	申報類別(同健保申報案件) <input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報	流水號 (同健保申報案件)	申報日期	姓名
身分證統一編號	出生年月日	就醫日期(門診) 年 月 日	入院日期 年 月 日	出院日期 年 月 日	申報期間起 年 月 日	申報期間迄 年 月 日	就醫序號

序號	項目名稱及規格	許可證號 (註)	用法	執行日期		費用欄		金額 (數量*單價)
				起日	迄日	數量	單價	
本頁小計								
總計(最後一頁填寫)								

備註:非健保給付藥品或器材,「許可證號」為應填欄位。