

高雄市醫師公會	
收	106. 4. 21
文	字第581

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
 承辦人：黃佩宜  
 電話：(02)2752-7286分機131  
 傳真：(02)2771-8392  
 電子信箱：pettyl24@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國106年4月18日

發文字號：全醫聯字第1060000611號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

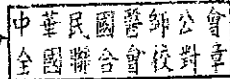
附件：如主旨

主旨：「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文，業經衛生福利部於中華民國106年4月13日以衛部保字第1061260160號令修正發布，茲檢送發布令影本(含修正條文)1份，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部106年4月13日衛部保字第1061260160C號函辦理。
- 二、相關訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會  
 副本：



理事長 邱泰源

抄：1. 列網站及FB  
 2. 轉知會員上網下載參考。

康維敬 4/21/2017

如於之  
 王欽欽  
 106/4/24

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

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

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國106年4月13日

發文字號：衛部保字第1061260160C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(1061260160C-1.pdf)

主旨：「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文，業經本部於中華民國106年4月13日以衛部保字第1061260160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、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會、財團法人台灣醫療改革基金會、中華民國全國公務人員協會、中華民國會計師公會全國聯合會、全國產業總工會、中華民國全國總工會、中華民國全國勞工聯盟總會、台灣社會福利總盟、中華民國農會、中華民國全國漁會、中華民國消費者文教基金會、中華民國身心障礙聯盟、中華民國全國職業總工會、台灣女人連線、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國全國中小企業總會、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：

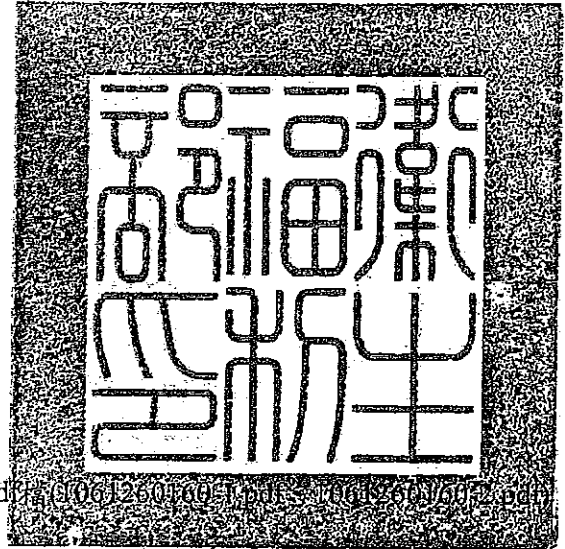
電	文
14	13
交	章

部長 陳時中



\*1061260160\*

# 衛生福利部 令



發文日期：中華民國106年4月13日

發文字號：衛部保字第1061260160號

附件：「全民健康保險轉診實施辦法」修正條文pdf檔(1061260160-1.pdf) (1061260160-2.pdf)

修正「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文。

附修正「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文

## 部長陳時中

## 全民健康保險轉診實施辦法修正條文

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，繼續接受治療。

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療之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第五條 特約醫院、診所應與其他特約醫院、診所建立雙向轉診作業機制。

特約醫院、診所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。

第六條 特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。

前項轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。

保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限。

保險對象因不可歸責之因素，無法依轉診單所載就醫日期就醫者，得逕洽接受轉診之特約醫院、診所辦理，另行安排就醫日期。

第七條 前條之轉診單，其內容應包括下列事項，並經開立之醫師簽章(如附表二)。

一、保險對象基本資料。

- 二、病歷摘要或處置情形。
- 三、轉診目的。
- 四、開立日期及有效期限。
- 五、建議轉至之特約醫院、診所名稱、地址、電話及診療科別。

採用電子轉診單者，特約醫院、診所應將電子轉診單傳輸至接受轉診之特約醫院、診所，並視保險對象需要，列印一份送交保險對象，由其交付予接受轉診之特約醫院、診所併入病歷留存。

第一項之轉診單，特約醫院、診所宜使用保險人建立之電子轉診平台傳送。

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療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原診療之特約醫院、診所。

保險對象轉診後，接受住院診療者，接受轉診之特約醫院應於其出院後，將出院之病歷摘要，回復原診療之特約醫院、診所。因病情需要，需繼續治療、追蹤治療者，應一併告知。

第十一條 保險對象具有下列情形之一者，視同轉診，但無需持轉診單：

- 一、門診、急診手術後之首次回診。
- 二、前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。
- 三、分娩出院後六星期內之首次回診。
- 四、前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。
- 五、於無特約診所之鄉（鎮、市、區），逕赴該鄉（鎮、市、區）之特約醫院就醫。

前項第一款到第四款回診，以返回接受轉診之特約醫

# 全民健康保險轉診實施辦法附表二修正規定

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：

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

原 診 院	保險對象基本資料	姓名		性別	出生日期		身分證號		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日				
		聯絡人	聯絡電話	聯絡	地址				
醫 院	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.		3.		C.檢查及治療摘要	
診 所	所	1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱		日期：		日期：	
		報告：							
		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	
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	診號
建議轉至院所		名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：			
		地址：		電話：					
有效期限：		年	月	日					
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診 所	處理情形							
		1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院							
		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中							
治療摘要		1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果			
		ICD-10-CM/PCS：							
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	回覆日期	年	月	日	

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無