

高雄市政府衛生局 函

高雄市醫師公會	
收	113.12.12日
文	字第1923號

80148

高雄市前金區市中一路225號4F

地址：80276高雄市苓雅區凱旋二路132之1號

承辦單位：健康管理科

承辦人：林秀勤

電話：07-7134000#5409

傳真：07-7224245

電子信箱：sweet1@kcg.gov.tw

受文者：社團法人高雄市醫師公會

發文日期：中華民國113年12月9日

發文字號：高市衛健字第11343861000號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用申報作業1份

主旨：因應113年會計年度結算期限將屆，有關「兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用」之申報事宜，請貴會轉知辦理兒童預防保健特約醫事服務機構，依說明段辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署113年12月2日國健婦字第1130464076號函辦理。
- 二、旨揭款項之申報係依據國民健康署113年6月20日國健婦字第1130461813號公告訂定之「兒童發展篩檢重要疾病轉介確診費用申報作業」辦理。
- 三、前項修正申報作業於113年7月1日起生效，如於113年6月30日(含)前由執行兒童預防保健服務時發現疑似發展遲緩兒童並轉介者，在113年12月31日(含)前確診仍可申請此項費用。
- 四、旨揭款項之請領，請務必於113年12月19日前，將113年12月15日(含)前轉介確診者之申報相關資料寄達本局，逾會計年度結算期限(113年12月20日前)者，歉難補助。自113年12月16日後轉介確診者，請併列至114年1月份申領費用。
- 五、請惠予協助周知轄內兒童預防保健特約醫事服務機構，並請其審核所送文件內容、簽章、印花稅是否符合資格及備妥，以免因退件影響申領院所權益(檢附兒童發展篩檢重要疾病

轉介確診費用申報作業)。

正本：社團法人高雄縣醫師公會、社團法人高雄市醫師公會

副本：高雄市左營區衛生所、高雄市楠梓區衛生所、高雄市三民區衛生所、高雄市苓雅區衛生所、高雄市前鎮區衛生所、高雄市旗津區衛生所、高雄市小港區衛生所、高雄市三民區第二衛生所、高雄市鳳山區衛生所、高雄市岡山區衛生所、高雄市旗山區衛生所、高雄市美濃區衛生所、高雄市林園區衛生所、高雄市大寮區衛生所、高雄市大樹區衛生所、高雄市仁武區衛生所、高雄市大社區衛生所、高雄市鳥松區衛生所、高雄市橋頭區衛生所、高雄市燕巢區衛生所、高雄市田寮區衛生所、高雄市阿蓮區衛生所、高雄市路竹區衛生所、高雄市湖內區衛生所、高雄市茄萣區衛生所、高雄市永安區衛生所、高雄市彌陀區衛生所、高雄市梓官區衛生所、高雄市六龜區衛生所、高雄市甲仙區衛生所、高雄市杉林區衛生所、高雄市內門區衛生所、高雄市茂林區衛生所、高雄市桃源區衛生所、高雄市那瑪夏區衛生所、高雄市鼓山區衛生所、高雄市鳳山區第二衛生所、高雄市新興衛生所、本局健康管理科(均含附件)

局長黃志中

本案依分層負責規定授權業務主管判發

時效性，來不及較知

- 抄：1. 速PO官方社群...等群組
2. 速刊網站.FB.
3. 備查.

康維敬 12/12/2024

衛生福利部國民健康署

兒童重要疾病轉介確診費用申報作業

106年9月14日國健婦字第1060402431號公告訂定

113年6月20日國健婦字第1130461813號公告修訂

壹、目的

為鼓勵執行兒童預防保健服務院所及醫師，發現重要疾病(包括：膽道閉鎖、隱睪症或髖關節發育不良)兒童之轉介追蹤關懷，以利其及早接受後續診療，爰對院所轉介並經確診者，發給原轉介機構轉介確診費(每個案800元)。

貳、申請機構

限辦理兒童預防保健服務之全民健康保險特約醫事服務機構。

參、費用申報作業流程

一、「疑似膽道閉鎖」、「疑似隱睪症」、「疑似髖關節發育不良」轉介確診費

(一)院所於辦理兒童預防保健服務時，發現疑似膽道閉鎖、隱睪症、髖關節發育不良兒童，需先向家長說明及交付「全民健康保險院(所)轉診單」，或使用健保電子轉診平台進行轉介。

(二)於本署「婦幼健康管理整合系統」登載「兒童預防保健疑似異常個案轉介追蹤紀錄」，轉診單或相關證明文件，留存於病歷中備查。

※婦幼健康管理整合系統功能如有異動，請依據系統公告或電洽本署婦幼健康組。

(三)所轉介之疑似異常兒童，經轉診醫療院所確診為「膽道閉鎖」、「隱睪症」或「髖關節發育不良」者，至前開系統列印「申領清單及領據(表1-1)」，用印後函送當地衛生局/婦幼發展局申報費用，轉本署審核後撥付費用予院所。

(四)衛生局/婦幼發展局應於每月15日(含)前送件(表1-2)。

(五)當年度12月15日(含)前轉介確診者，需於當年申領費用，自12月16日後轉介確診者，併列至次年度1月份申領費用。

二、如採書面申報者，每月5日(含)前，將確診為「膽道閉鎖」、「隱睪症」或「髖關節發育不良」兒童之轉診單或相關證明文件影本，連同「申領清單及領據」完成填寫及用印後，送當地衛生局/婦幼發展局彙整，轉本署審核後撥付費用予院所。

表 1-1 兒童重要疾病轉介費申領清單及領據 (醫療院所用)

個案姓名	戶籍地 鄉鎮市區	兒童預防保健		轉介確診費項目 *註	確診院所名稱
		就醫日期	醫令代碼		
註：轉介確診費項目，請依照下列代碼填列，2：「疑似膽道閉鎖轉介確診費」，3：「疑似隱睾症轉介確診費」，4：「疑似髖關節發育不良轉介確診費」。					

※本機構申領該項費用已確認上述資料無誤，如有虛偽不實，本機構依規定願檢還相關費用至國民健康署並自負一切法律責任。

茲領到 年 月兒童重要疾病轉介確診費，計新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署

主辦人員： (請簽章)

醫療院所： 出納人員： (請簽章)

名稱(全銜)：請寫全銜及蓋機關章 會計人員： (請簽章)

醫療院所統一編號： 院 長： (請簽章)

聯絡電話：()

註：私立醫院(診所)如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：()

撥款之銀行名稱(分行)： 金融帳號： 戶名：

中華民國 年 月 日

表 1-2

縣市衛生局/婦幼發展局 (年 月)

兒童重要疾病轉介費用申領清單及領據送件清單 (衛生局/婦幼發展局用)

醫療院所	申請補助金額	備註

備註：衛生局/婦幼發展局應於每月 15 日(含)前，將送件清單 (請自行留存乙份備查)，
 連同醫事機構申領清單及領據，送衛生福利部國民健康署婦幼健康組核撥費用。

審核單位：

縣市衛生局/婦幼發展局

承辦人

科(課)長

中華民國 年 月 日