

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：方毓涵

受文者：各會員

速別：

密等及解密條件：

發文日期：中華民國100年12月26日

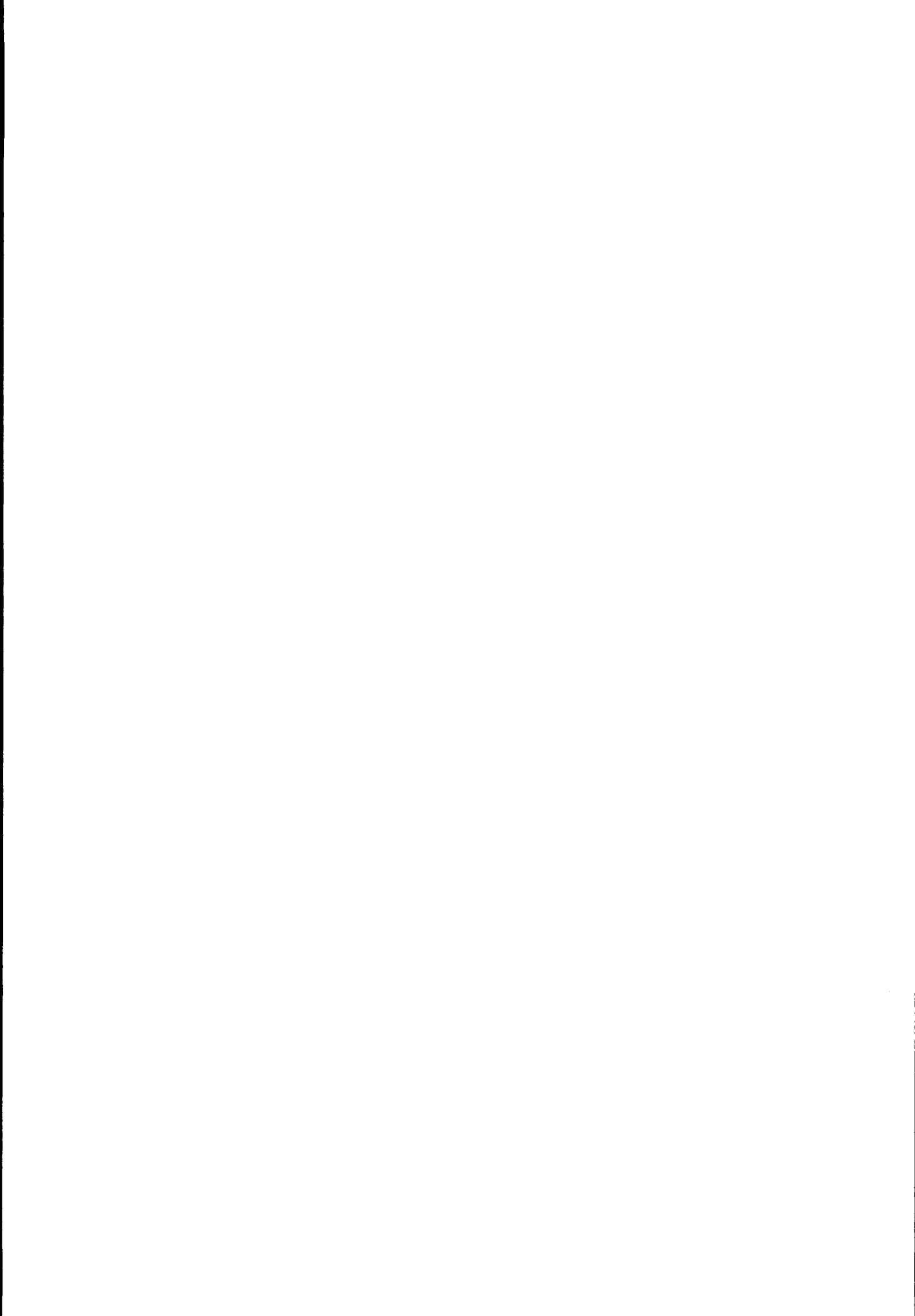
發文字號：雲縣中醫曉字第191號

附件：

主旨：有關醫療機構提供費用明細事宜乙案，請依附件說明段配合辦理，請查照。

說明：依據雲林縣衛生局100年12月19日雲衛醫字第1000031487號函辦理。

理事長 王清曉



檔 號：

保存年限：

100 12 12 11
758

雲林縣衛生局 函

機關地址：雲林縣斗六市府文路34號
聯絡人及電話：廖亦菁 (05) 5328427
傳真電話：(05) 5344076
電子郵件信箱：

64041

雲林縣斗六市雲林路2段211號6樓之10

受文者：雲林縣中醫師公會

發文日期：中華民國100年12月19日

發文字號：雲衛醫字第1000031487號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：見說明

主旨：有關醫療機構提供費用明細事宜乙案，請 貴會轉知所屬醫療機構依說明段配合辦理，請 查照。

說明：

- 一、依據行政院衛生署100年12月14日衛署醫字第1000266567號函辦理。
- 二、查醫療法第22條第1項規定，醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。同法第101條規定，違反第22條第1項規定者，經予警告處分，並限期改善；屆期未改善者，處新臺幣1萬元以上5萬元以下罰鍰。同法施行細則第11條規定，本法第22條第1項所定醫療費用之收據，應載明全民健康保險醫療費用申報點數清單所列項目中，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。
- 三、基於前開法規業明定醫療收據應載明之事項，爰有關健保差額自付或健保不給付部分，單價在1000元以上者，應在取得病人書面同意時載明名稱、單價或於收據上列印明細乙節，自即日起停止適用。
- 四、檢附醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）乙份供參（如附件）。
- 五、副本抄送各鄉鎮市衛生所，請輔導所轄醫療機構確實依上

開規定配合辦理。

正本：社團法人雲林縣醫師公會、社團法人雲林縣牙醫師公會、雲林縣中醫師公會、
雲林縣診所協會

副本：本縣轄內各醫院、各鄉鎮市衛生所、本局醫政科

局長 吳昭軍

裝

訂

線

○○○醫院（診所）門診醫療費用收據（參考格式）

病患姓名：○○○ 身分證號：○○○○○○○○○○ 出生日期：○○○/○○/○○
 性別：○ 就診日期：○○○/○○/○○ 就醫身分別：○○○○
 健保卡就醫序號：○○○○ 部分負擔代號：○○○ 就醫科別：○○○
 診別：○○ 醫師姓名：○○○ 病歷號碼：○○○○○

健保申報項目	點數	自付費用項目	金額
診察費	XX	掛號費	XX
藥費	XX	部分負擔	
藥事服務費	XX	基本部分負擔	XX
注射費	XX	藥品部分負擔	XX
檢驗費	XX	復健部分負擔	XX
檢查費	XX	檢驗檢查	XX
處置手術費	XX	藥品	XX
材料費	XX	衛材	XX
		其他	XX
小計：健保申報 XXXX點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 XXX元 其他自費金額 XXX元	
應繳金額：XXX元		收款人：○○○（收費章及日期）	

醫院（診所）名稱、醫療機構代碼、醫院（診所）地址、電話（條戳或圖記）

第○聯

收據編號：○○○○○

