

健保醫療費用爭議案件申請審議自主檢核表

製表日期：105 年 1 月 27 日

修訂日期：105 年 8 月 16 日

項次	項 目	檢核結果	
1	健保醫療費用爭議案件已經過健保署初核及申復二階段	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2	已檢附全民健康保險醫療費用案件爭議審議申請書(附表一)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3	申請書(附表一)已填載： 1. 醫事服務機構名稱及代碼與健保署複核核定文件(函)相符 2. 已填載健保署複核核定文件(函)之發文日期、字號及收到日期 3. 案件清冊已依序先按科別再按流水號填列(姓名如有難字請手寫勿空白) 4. 科別已填列申復清單之審查科別 5. 已蓋特約醫療機構及負責醫事人員之印章 6. 已填聯絡人姓名、電話、傳真及 e-mail	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	已檢附健保署核定相關文件影本(函) 1. 門、住診一般案件：健保署複核核定文件影本(函) 2. 事前審查案件及專案加抽追扣案件：健保署初核及複核核定文件影本 3. 費用年月跨月分之案件：健保署複核核定文件影本(函)、核定總表或相關案件清冊明細等佐證資料	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5	已檢附全民健康保險醫療費用爭議審議案件明細(附表二) -使用線上申請者，不需檢附附表二，直接跳至第 7 項次	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6	案件明細(附表二)已填載： 1. 一個流水號填列一張 2. 姓名(有難字請手寫勿空白)、身分證明文件字號、案件分類、流水號、費用年月需與醫令清單、申復清單相符 3. 申請內容請填列被核刪且未補付之診療項目或藥品材料名稱規格及代號(詳見醫令清單、申復清單) 4. 科別需與申請書(附表一)相符 5. 數量、點數、總計、申請理由非為 0 或空白	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
7	已檢附申復清單(事前審查爭議案件除外)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8	已檢附醫令清單(事前審查爭議案件除外)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
9	已檢附病歷等相關資料	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
10	裝訂及排序方式如下： 1. 申請書(附表一)與複核核定文件(函)於左上角裝訂。 2. 每一案請依案件明細(附表二)、申復清單、醫令清單、病歷或其他相關資料之順序排列，並於左上角裝訂。 3. 所有案件請依申請書之案件清冊序號(先按科別再按流水號)依序排列。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

其他提醒事項	各機關(單位)委託健保署協助代辦之下列案件，請寄送各該管轄機關(單位)申請	
	案件分類代號	管轄機關(單位)
	住院 A1、A2、A3、A4、AZ；門診 B6	勞保局
	門診 A3、B7	國健署
	住院 C1、C2、C3、C4 門診 B1、B9、C4、D1、D2、BA、HN、DF	疾管署
	住院 B1；門診 B8、A3 之口腔保健	衛生福利部心理及口腔健康司
住院 DZ	衛生福利部社會救助及社工司	