

全民健康保險轉診實施辦法

第 一 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十三條第四項規定訂定之。

第 二 條 全民健康保險（以下稱本保險）特約醫院、診所辦理保險對象轉診，依本辦法之規定。

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，繼續接受診治，或於矯正機關、本保險山地離島地區及醫療資源不足地區，接受本保險之計畫或方案所提供定點或巡迴醫療服務，經安排轉回提供該服務之特約醫院、診所繼續接受診治之行為。

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治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第 四 條 特約醫院、診所基於診療需要，得交付轉檢單(如附表一)，供保險對象至指定之特約醫院、診所、醫事檢驗機構、醫事放射機構接受檢查(驗)服務。

前項檢查(驗)服務項目，應以原診治之醫院、診所，依其層級所得實施者為限。

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 八 條 特約醫院、診所對於需轉診之保險對象，應將轉診就醫類別註記於其健保卡，並傳輸至保險人。

第 九 條 接受轉診之特約醫院、診所，應依全民健康保險醫療辦法規定，查驗保險對象身分及轉診單。

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治處置情形，及後續診治疾病之相關檢查及處置結果，回復原診治之特約醫院、診所。

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

前二項規定於特約醫院、診所接受同機構安排轉回繼續診治保險對象之轉診，不適用之。

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院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。

第十二條 特約醫院、診所依本辦法辦理之轉診，對於保險對象應自行負擔之門診醫療費用，應依本法第四十三條第一項至第三項規定計收。

第十三條 非本保險特約醫院、診所開立之轉診單，不適用本辦法之規定。

第十四條 特約醫院、診所依本辦法辦理轉診，有需改善之情事者，保險人應通知限期改善；屆期未改善，應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，予以違約記點。

第十五條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

附表一

全民健康保險 院（所）轉檢單(轉檢至 院所)

保險對象基本資料	姓名				出生日期	民國(前)			年	月	日
					身分證號						
	過敏史										
	初步診斷										
原診療院所	代號				地址						
	名稱										
	醫師姓名		醫師簽章		聯絡電話		傳真號碼				
	開單日期	民國(前) 年 月 日			有效期限	民國(前) 年 月 日					
檢查項目代號		檢查項目名稱									
指定保險對象 接受轉檢醫事 服務機構名稱		地 址			聯絡人		聯 絡 電 話				
檢查結果：(以下由接受轉檢特約醫事服務機構紀錄)											
執行檢查醫事人員簽章：_____											
檢查日期： 年 月 日 報告日期： 年 月 日											

第二聯：接受轉檢醫事服務機構回復原診療院所
第一聯：接受轉檢醫事服務機構留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次

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：

原 診 療 醫 院	保險對象基本資料	姓 名		出 生 日 期		身 分 證 號		
				民國(前) 年 月 日				
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址				
醫 生	病 歷	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 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：						
所	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 5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 3. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 其他						
		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 科 診 號			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	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						
		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 3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中 4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中 5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下 6. <input type="checkbox"/> 其他					
			治療摘要	1. 主診斷 ICD-10-CM/PCS： 2. 治療藥物或手術名稱 3. 輔助診斷之檢查結果 病名：				
院所名稱				電話或傳真： 電子信箱：				
診 治 醫 生	診治醫師姓名	姓 名	科 別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日		

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

※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。
※特約醫院、診所執行本保險之計畫或方案提供定點或巡迴醫療服務，將保險對象轉回同機構繼續接受診治者，得免填復第二聯。