

# 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之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、診所提供的

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			第二聯：接受轉檢醫事服務機構回復原診療院所
	過敏史				身分證號				
	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								第三聯：原診療醫院、診所留存
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)									
檢查日期： 年 月 日									
執行檢查醫事人員簽章： _____									
報告日期： 年 月 日									

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次

## 附表二

## 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	
病 歷 摘 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.								
轉 診 目的	C.檢查及治療摘要				2.最近一次用藥或手術名稱			
	1.最近一次檢查結果				日期：			
	日期：				報告：			
院 所 診 療 醫 院	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							
轉 診 目的	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		
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	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						
診 所	治 療 摘 要	1. 主診斷 ICD-10-CM/PCS： 病名：			2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果	
診 治 醫 師	院 所 名 稱					電 話 或 傳 真 ：		
						電 子 信 箱 ：		
	姓 名		科 別		醫 師 簽 章		回 覆 日 期	年 月 日
<small>※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。</small>								

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存