附件1

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 申請表

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本資料  | 醫事服務機構名稱 |    | 醫事服務機構代碼  |   | 電 話 |   |
| 中醫師姓 名 |     | 身分證統一編號  |    | 中醫師證 書字號  | 台 中 字第 號 |
| 中醫師學經歷 |     |
| 聯絡地址 |   |
| 服 務 地 區 及 時 間  | 照護機構名 稱 |    | 服務時間 |  每週1次星期\_\_\_  |
| 服務時段 | 上午  \_\_：\_\_-\_\_：\_\_  | 下午 \_\_：\_\_-\_\_：\_\_  | 晚上 \_\_：\_\_-\_\_：\_\_  |
| 電 話 |   |
| 地 址 |   |
| 評估情形  | 中醫全聯會評估意 見 | 同意，不同意  | 原因  |   |
|  中醫全聯會主任委員簽章：  |

 附件2

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱： 代號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 本院(所)自 年 月 日起以支援方式派中醫師至 （照護機構名稱） （照護機構代號）支援中醫一般門診，前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用，如有經通知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事項：

一、每月20日（併費用申報作業辦理）前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。

三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附下列資料，□1. 前往支援醫療作業說明表、□2.衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書、□3.支援照護機構之門診時程表、□4.照護機構立案證明影本。□5.照護機構平面圖(標示診療室位置)、□6.

照護機構診察室照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。

四、於照護機構建置健保卡讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。刷卡方式說明：

五、照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料。

|  |  |
| --- | --- |
| 特約醫事服務機構及  |  |
| 負責醫師大、小印章  | 照護機構印章及負責人印章  |
|      |   |

中華民國 年 月 日

附件3

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號： 服務機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 作業項目  | 服務內容或作業方式  |
| 病歷及診療紀錄製作及保存方式  | -服務機構 □手寫 □電腦 住民病歷 □存放地點，請說明： -照護機構 □手寫 □電腦  診療紀錄 □存放地點，請說明： -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章： □是 □否 否者，請說明實情：  |
| 處方作業方式  | □交付 □專人領藥 □其他，請說明：  |
| 備註事項  |   |
| 特約醫事服務機構及負責醫師之印信及印鑑  |   |   |
|  | 醫事服務機構印信  | 負責醫師印 |

※注意事項：

1. 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或原填寫事項有異動時填報。
2. 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。

 中華民國 年 月 日

附件4

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案醫事人員名冊

|  |
| --- |
| 照護機構地點： 縣(市) 鄉(鎮、區) 村(里) 路(街) 段 號 樓 室  |
| 醫療期間：民國 年 月 日到民國 年 月 日  |
| 時間：每星期 上午(下午/晚上) 時 分至 時 分共 小時  |
| 醫事服務機構名稱  |   |
| 醫事服務機構地址  |   |
| 醫事人力  |
| 中醫師  | 藥事人員  | 護理人員  | 行政人員  |
| 位 |  位 |  位 |  位 |
| 中醫師姓名  |   | 中醫師姓名  |   |
| 身分證統一編號  |   | 身分證統一編號  |   |
| 證書字號  |   | 證書字號  |   |
| 藥事人員姓名  |   | 護理人員姓名  |   |
| 身分證統一編號  |   | 身分證統一編號  |   |
| 證書字號  |   | 證書字號  |   |

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章： 負責醫師簽章：

附件5

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

 年 月門診異動表

一、 申請單位資料：

* 1. 醫療院所名稱：
	2. 負責醫師：
	3. 聯絡電話：（ ）
	4. 聯絡地址：□□□

二、 照護機構資料：

* 1. 照護機構名稱：
	2. 電話：
	3. 地址：

三、 支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 星期  | 日  | 一  | 二  | 三  | 四  | 五  | 六  |
| 日期  |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段  |   |   |   |   |   |   |   |
| 中醫師  |   |   |   |   |   |   |   |

(二)異動後時段：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 星期  | 日  | 一  | 二  | 三  | 四  | 五  | 六  |
| 日期  |   |   |   |   |   |   |   |
| 時段  |   |   |   |   |   |   |   |
| 中醫師  |   |   |   |   |   |   |   |

附件6

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 休診單

本人： （姓名）因 （事由）

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診 合計 月 天 小時

□補診，於□ 月 日 時起至 月 日 時

 □ 月 日 時起至 月 日 時

 □ 月 日 時起至 月 日 時

 □ 月 日 時起至 月 日 時

 合計 天 小時。

支援照護機構名稱：

支援照護機構代號：

執業地點： 縣市 鄉鎮區

院所名稱：

健保代號：

支援醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

休診及補診規範：

1.依「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」之第九項醫療服務提供方式辦理。

印

印

2.本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。