

收文日期	112. 2. 01
編號	2074

檔 號：  
保存年限：

## 牙醫門診醫療服務台北區審查分會 函

地址：台北市忠孝東路二段 120 號 7 樓  
傳真：(02)2341-5109  
聯絡人及電話：林擁晴(02)2358-4515  
電子郵件信箱：cadtpi@ms39.hinet.net

受文者：如正本

發文日期：中華民國 112 年 1 月 30 日  
發文字號：(112)健保台北字第 063 號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主 旨：為便於保險對象瞭解牙科門診就醫處置明細，請轉知會員並加強宣導應開給符合醫療法施行細則規定之收據，詳如說明段，請查照。

說 明：

- 一、 依據中華民國牙醫師公會全國聯合會第 1120111 號請辦單辦理。
- 二、 另依醫療法施行細則第 11 條：「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」及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 11 條：「保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，應開給符合醫療法施行細則規定之收據，並於醫療費用收據上列印保險對象當次就醫之保險憑證就醫序號」。
- 三、 承上，請轉知所屬會員應開給符合醫療法施行細則規定之收據，提供現行醫療費用明細及收據範本(詳附件)。

檔 號：

保存年限：

正本：社團法人台北市牙醫師公會、社團法人新北市牙醫師公會、社團法人基隆市牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會、中華民國醫院牙科協會

常務委員 張香茂 楊家華

吳 迪 卓成吉

裝

訂

○○○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	××	掛號費	××
藥費	××	部分負擔	
藥事服務費	××	基本部分負擔	××
注射費	××	藥品部分負擔	××
檢驗費	××	復健部分負擔	××
檢查費	××	檢驗檢查	××
處置手術費	××	藥品	××
材料費	××	衛材	××
		其他	××
小計：健保申報 ×××× 點 （健保申報點數非一點一元給付）		小計：部分負擔金額 ××× 元 其他自費金額 ××× 元	
應繳金額：×××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：○○○○

有關您的部分負擔費用及健保就醫資訊，可至全民健康保險署「健康存摺」查詢

<https://myhealthbank.nhi.gov.tw>