

檔 號：

保存年限：

中醫門診醫療服務審查執行會中區分會 函

會 址：臺中市北區崇德路一段 156 號 11 樓之 5

電 話：(04)22358562 傳 真：(04)22356186

E-mail：global22358562@gmail.com

聯絡人：楊雨軒

受文者：臺中市醫師公會

發文日期：中華民國115年9月29日

發文字號：(115)中執中區桂字第013號

附件：如說明二

主旨：自即日起正式受理「116年度中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」申請，有意承作之醫療院所請於115年11月13日前將計畫書紙本及電子檔(E-mail)寄送至本會，請察照。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會 115 年 9 月 24 日(115)全聯醫總毅字第 0747 號函辦理。
- 二、欲承作本計畫之院所，請檢齊(1)全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫申請表(附件一)、(2)醫事人員名冊(附件二)、(3)計畫書(依方案規定書寫)、(4)場地使用同意書(附件三)、(5)醫事人員報備支援核准同意書(附件四)等資料，書面紙本請依上述順序裝釘成冊寄送至本會，並將電子檔另行 E-mail 至本會電子信箱。
- 三、115 年度承作之院所，有意繼續參與 116 年度醫不足巡迴醫療服務者，仍須檢送說明二之相關資料至本會。
- 四、符合初審資格之院所提送至中醫師全聯會，依據中醫實際醫療服務需要進行審查。
- 五、旨揭計畫屬「116 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之內容，各項規範仍以衛生福利部中央健康保險署之正式公告為準。

正本：臺中市醫師公會、臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會

副本：本會(存查)

主任委員 彭德桂

裝

訂

線

「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

「巡迴醫療服務計畫」申請注意事項

- 一、年度第一批申請案件，於該年度的前一年十月開放申請，請有意申辦之醫療院所按計畫檢附相關文件，提交轄區中執會分會，由分會統一匯整後，再函送中醫師全聯會。
ex.109 年第一批申請案件，於 108 年 10 月開放申請，請院所自行備齊文件後，向中執會分會提出申請。
- 二、第二批申請案件須等第一批案件全數由健保署分區業務組核定後，始開放受理申請。
- 三、第三批之後的申請案件，須於當月 10 日前，「備齊」相關資料，並同時將紙本及電子檔提送至中醫師全聯會及轄區中執會分會，以郵戳為準。
- 四、各批次之申請案件通過與否，須等候健保署分區業務組函文通知，並按函文核定日或發文日一個月內開始執行計畫。
- 五、**請院所勿自行要求執行日期，須按業務組核可日期執行，若有特殊情況請事先告知中醫師全聯會或中執會承辦。**

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請流程

一、檢附資料：

(一)紙本資料請依下列順序裝釘成冊：

- 1、計畫申請表(附件一)
- 2、醫事人員名冊(附件二)
- 3、計畫書(依方案規定書寫)
- 4、場地同意書(附件三)
- 5、報備核准同意資料(附件四)

(二)電子檔須另行 mail 給中執會分會(global223528562@gmail.com)
或中醫全聯會窗口，請提供 word 檔格式。

(三)注意事項：

- 1、同鄉鎮如有申請多個地點，計畫書及各項相關資料請合併成一份：
資料順序請依服務時間的星期排序，如同鄉鎮週五、週二、週四皆有執行，資料請依週二→週四→週五提供。
- 2、醫事人員報備支援申請書「核准資料」欄位中的「申請進度」須為「通過」。
- 3、所檢附資料之醫療服務時間及地點(地址)須一致。

二、計畫執行中如需變更巡迴日期、時段、地點、增減醫事人員及請假等，相關說明如下，公文範本詳附件五。

(一) 若欲變更巡迴醫療看診日期、時段或新增巡迴醫師

- 1、須向[衛生局(所)]申請醫事人員報備支援同意。
- 2、函文正本給[中華民國中醫師公會全國聯合會]報備(將欲變更事項說明清楚，例如醫師姓名、ID及變更事項起迄日等)。
- 3、函文副本轉知[衛生福利部中央健康保險署分區業務組]與所屬地區之[中執會轄區分會]。

(二) 若巡迴時段因故暫停看診

- 1、請事先函文正本給[衛生福利部中央健康保險署分區業務組]請假。
- 2、函文副本轉知[中華民國中醫師公會全國聯合會]與所屬地區之[中執會區分會]。
- 3、巡迴看診地點須張貼公文告知看診民眾。

附件一

○○年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫申請表

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	
	醫師姓名		身 分 證 統一編號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服 務 時 間	每週 次每星期	
	地 點		地 址			
	時 段			電 話		
	承作方式	一律為論次加論量				
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：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為2人者，則須填寫2份，若醫師人數眾多，可另行檢附名冊。

附件二

○○年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

巡迴醫療地點：_____縣(市)_____鄉(鎮、區)_____村(里)			
巡迴醫療期間：民國____年____月____日到民國____年____月____日			
時間：每星期____上午(下午)____時____分至____時____分共____小時			
駐點地址		駐點電話	
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號	
醫事服務機構地址		醫事服務機構電話	
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)			
醫師	藥事人員	護理人員	行政人員
○位	○位	○位	○位
醫師姓名	○○○	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：參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

院所印章：_____ 負責醫師簽章：_____

附件三

場地使用同意書

茲同意提供場地予○○○中醫診所執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務。使用期間，自○○○年1月1日起至○○○年12月31日止，每週○上午8:00至11:00。

特此證明

同意單位名稱：

※場地提供者或單位需用印

場地地址：

聯絡電話：

借用單位：

地址：

電話：

中華民國

年

月

日

附件四

※注意事項：1.支援機構地址與申請表及計畫書內容文字要書寫一致。

2.「核准資料」欄位中的「申請進度」須為「已核准」(非送審中)。

醫事人員報備支援申請書

案件編號：

送審日期：

申請類別：

申請機構	機構名稱	○○○中醫診所(醫院)		負責人	○○○	機構代碼	○○○○○
	地 址	○○○		承辦人	○○○	電 話	
姓名	身分證字號	證書字號			執業執照號碼		
○○○	○○○○○	台中字 第○○○○號					
是否為公費生	否	是否有附件	否		是否超過 40%		
支援機構代號	支援機構名稱		支援科別		支援機構地址		
			中醫一般科		○○○		
支援目的	報備為一般支援						
備註							
報備期間	106/04/07(五)09:00~106/04/07(五)12:00、106/04/14(五)09:00~106/04/14(五)12:00、106/04/21(五)09:00~106/04/21(五)12:00 106/04/28(五)09:00~106/04/28(五)12:00、106/05/05(五)09:00~106/05/05(五)12:00、106/05/12(五)09:00~106/05/12(五)12:00 106/05/19(五)09:00~106/05/19(五)12:00、106/05/26(五)09:00~106/05/26(五)12:00、106/06/02(五)09:00~106/06/02(五)12:00 106/06/09(五)09:00~106/06/09(五)12:00、106/06/16(五)09:00~106/06/16(五)12:00、106/06/23(五)09:00~106/06/23(五)12:00 106/06/30(五)09:00~106/06/30(五)12:00、106/07/07(五)09:00~106/07/07(五)12:00、106/07/14(五)09:00~106/07/14(五)12:00						

	106/07/21(五)09:00~106/07/21(五)12:00、106/07/28(五)09:00~106/07/28(五)12:00、106/08/04(五)09:00~106/08/04(五)12:00 106/08/11(五)09:00~106/08/11(五)12:00、106/08/18(五)09:00~106/08/18(五)12:00、106/08/25(五)09:00~106/08/25(五)12:00 106/09/01(五)09:00~106/09/01(五)12:00、106/09/08(五)09:00~106/09/08(五)12:00、106/09/15(五)09:00~106/09/15(五)12:00 106/09/22(五)09:00~106/09/22(五)12:00、106/09/29(五)09:00~106/09/29(五)12:00、106/10/06(五)09:00~106/10/06(五)12:00 106/10/13(五)09:00~106/10/13(五)12:00、106/10/20(五)09:00~106/10/20(五)12:00、106/10/27(五)09:00~106/10/27(五)12:00 106/11/03(五)09:00~106/11/03(五)12:00、106/11/10(五)09:00~106/11/10(五)12:00、106/11/17(五)09:00~106/11/17(五)12:00 106/11/24(五)09:00~106/11/24(五)12:00、106/12/01(五)09:00~106/12/01(五)12:00、106/12/08(五)09:00~106/12/08(五)12:00 106/12/15(五)09:00~106/12/15(五)12:00、106/12/22(五)09:00~106/12/22(五)12:00、106/12/29(五)09:00~106/12/29(五)12:00
注意事項	若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。

核准資料	申請方式	線上申請	送審日期			
	申請進度	通過	核准文號		核准文號日期	
	備註					

附件五

○○中醫診所 函

地址：

電話：

受文者：衛生福利部中央健康保險署○區業務組

發文日期：中華民國 000 年 00 月 00 日

發文字號：(請診所自訂)

速別：

附件：

主旨：本診所執行「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫，因故請假休診(or 變更事項說明)，敬請 同意備查。

說明：請假休診相關事宜(變更事項說明)如下：

院所名稱： 中醫診所（機構代碼： ）

巡迴地點： 縣 鄉

負責醫師：

請假日期：000 年 00 月 00 日（星期 ）： ～：

請假原因：

正本：衛生福利部中央健康保險署○區業務組

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中執會○區分會

負責醫師 自填

「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

「巡迴醫療服務計畫」申請注意事項

- 一、年度第一批申請案件，於該年度的前一年十月開放申請，請有意申辦之醫療院所按計畫檢附相關文件，提交轄區中執會分會，由分會統一匯整後，再函送中醫師全聯會。
ex.109 年第一批申請案件，於 108 年 10 月開放申請，請院所自行備齊文件後，向中執會分會提出申請。
- 二、第二批申請案件須等第一批案件全數由健保署分區業務組核定後，始開放受理申請。
- 三、第三批之後的申請案件，須於當月 10 日前，「備齊」相關資料，並同時將紙本及電子檔提送至中醫師全聯會及轄區中執會分會，以郵戳為準。
- 四、各批次之申請案件通過與否，須等候健保署分區業務組函文通知，並按函文核定日或發文日一個月內開始執行計畫。
- 五、**請院所勿自行要求執行日期，須按業務組核可日期執行，若有特殊情況請事先告知中醫師全聯會或中執會承辦。**

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請流程

一、檢附資料：

(一)紙本資料請依下列順序裝釘成冊：

- 1、計畫申請表(附件一)
- 2、醫事人員名冊(附件二)
- 3、計畫書(依方案規定書寫)
- 4、場地同意書(附件三)
- 5、報備核准同意資料(附件四)

(二)電子檔須另行 mail 給中執會分會(global223528562@gmail.com)
或中醫全聯會窗口，請提供 word 檔格式。

(三)注意事項：

- 1、同鄉鎮如有申請多個地點，計畫書及各項相關資料請合併成一份：
資料順序請依服務時間的星期排序，如同鄉鎮週五、週二、週四皆有執行，資料請依週二→週四→週五提供。
- 2、醫事人員報備支援申請書「核准資料」欄位中的「申請進度」須為「通過」。
- 3、所檢附資料之醫療服務時間及地點(地址)須一致。

二、計畫執行中如需變更巡迴日期、時段、地點、增減醫事人員及請假等，相關說明如下，公文範本詳附件五。

(一) 若欲變更巡迴醫療看診日期、時段或新增巡迴醫師

- 1、須向[衛生局(所)]申請醫事人員報備支援同意。
- 2、函文正本給[中華民國中醫師公會全國聯合會]報備(將欲變更事項說明清楚，例如醫師姓名、ID及變更事項起迄日等)。
- 3、函文副本轉知[衛生福利部中央健康保險署分區業務組]與所屬地區之[中執會轄區分會]。

(二) 若巡迴時段因故暫停看診

- 1、請事先函文正本給[衛生福利部中央健康保險署分區業務組]請假。
- 2、函文副本轉知[中華民國中醫師公會全國聯合會]與所屬地區之[中執會區分會]。
- 3、巡迴看診地點須張貼公文告知看診民眾。

附件一

○○年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫申請表

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	
	醫師姓名		身 分 證 統一編號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服 務 時 間	每週 次每星期	
	地 點		地 址			
	時 段			電 話		
	承作方式	一律為論次加論量				
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：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為 2 人者，則須填寫 2 份，若醫師人數眾多，可另行檢附名冊。

附件二

○○年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

巡迴醫療地點：_____縣(市)_____鄉(鎮、區)_____村(里)			
巡迴醫療期間：民國____年____月____日到民國____年____月____日			
時間：每星期____上午(下午)____時____分至____時____分共____小時			
駐點地址		駐點電話	
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號	
醫事服務機構地址		醫事服務機構電話	
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)			
醫師	藥事人員	護理人員	行政人員
○位	○位	○位	○位
醫師姓名	○○○	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：參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

院所印章：_____ 負責醫師簽章：_____

附件三

場地使用同意書

茲同意提供場地予○○○中醫診所執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務。使用期間，自○○○年1月1日起至○○○年12月31日止，每週○上午8:00至11:00。

特此證明

同意單位名稱：

※場地提供者或單位需用印

場地地址：

聯絡電話：

借用單位：

地址：

電話：

中華民國

年

月

日

附件四

※注意事項：1.支援機構地址與申請表及計畫書內容文字要書寫一致。

2.「核准資料」欄位中的「申請進度」須為「已核准」(非送審中)。

醫事人員報備支援申請書

案件編號：

送審日期：

申請類別：

申請機構	機構名稱	○○○中醫診所(醫院)		負責人	○○○	機構代碼	○○○○○
	地 址	○○○		承辦人	○○○	電 話	
姓名	身分證字號	證書字號			執業執照號碼		
○○○	○○○○○	台中字 第○○○○號					
是否為公費生	否	是否有附件	否		是否超過 40%		
支援機構代號	支援機構名稱		支援科別		支援機構地址		
			中醫一般科		○○○		
支援目的	報備為一般支援						
備註							
報備期間	106/04/07(五)09:00~106/04/07(五)12:00、106/04/14(五)09:00~106/04/14(五)12:00、106/04/21(五)09:00~106/04/21(五)12:00 106/04/28(五)09:00~106/04/28(五)12:00、106/05/05(五)09:00~106/05/05(五)12:00、106/05/12(五)09:00~106/05/12(五)12:00 106/05/19(五)09:00~106/05/19(五)12:00、106/05/26(五)09:00~106/05/26(五)12:00、106/06/02(五)09:00~106/06/02(五)12:00 106/06/09(五)09:00~106/06/09(五)12:00、106/06/16(五)09:00~106/06/16(五)12:00、106/06/23(五)09:00~106/06/23(五)12:00 106/06/30(五)09:00~106/06/30(五)12:00、106/07/07(五)09:00~106/07/07(五)12:00、106/07/14(五)09:00~106/07/14(五)12:00						

	106/07/21(五)09:00~106/07/21(五)12:00、106/07/28(五)09:00~106/07/28(五)12:00、106/08/04(五)09:00~106/08/04(五)12:00 106/08/11(五)09:00~106/08/11(五)12:00、106/08/18(五)09:00~106/08/18(五)12:00、106/08/25(五)09:00~106/08/25(五)12:00 106/09/01(五)09:00~106/09/01(五)12:00、106/09/08(五)09:00~106/09/08(五)12:00、106/09/15(五)09:00~106/09/15(五)12:00 106/09/22(五)09:00~106/09/22(五)12:00、106/09/29(五)09:00~106/09/29(五)12:00、106/10/06(五)09:00~106/10/06(五)12:00 106/10/13(五)09:00~106/10/13(五)12:00、106/10/20(五)09:00~106/10/20(五)12:00、106/10/27(五)09:00~106/10/27(五)12:00 106/11/03(五)09:00~106/11/03(五)12:00、106/11/10(五)09:00~106/11/10(五)12:00、106/11/17(五)09:00~106/11/17(五)12:00 106/11/24(五)09:00~106/11/24(五)12:00、106/12/01(五)09:00~106/12/01(五)12:00、106/12/08(五)09:00~106/12/08(五)12:00 106/12/15(五)09:00~106/12/15(五)12:00、106/12/22(五)09:00~106/12/22(五)12:00、106/12/29(五)09:00~106/12/29(五)12:00
注意事項	若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。

核准資料	申請方式	線上申請	送審日期			
	申請進度	通過	核准文號		核准文號日期	
	備註					

附件五

○○中醫診所 函

地址：

電話：

受文者：衛生福利部中央健康保險署○區業務組

發文日期：中華民國 000 年 00 月 00 日

發文字號：(請診所自訂)

速別：

附件：

主 旨：本診所執行「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫，因故請假休診(or 變更事項說明)，敬請 同意備查。

說 明：請假休診相關事宜(變更事項說明)如下：

院所名稱： 中醫診所（機構代碼： ）

巡迴地點： 縣 鄉

負責醫師：

請假日期：000 年 00 月 00 日（星期 ）： ～：

請假原因：

正本：衛生福利部中央健康保險署○區業務組

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中執會○區分會

負責醫師 自填