

附表三

特殊診療項目 全民健康保險高科技診療項目 藥品及特材 事前審查申請書										送核		受 理 日 期	第一聯：健保局審查聯			
醫事服務機構名稱及代號		保險對象	姓名		出生年月日		原受理編號		申復		主治醫師	姓名	身分證統一編號			
傷病名稱、傷病情況及使用理由或申復理由		身分證統一編號		科別		預實施日期										
項次	項目編號	項目名稱		規格、劑型及用法		廠牌	數量		健保局核定欄							
									同意備查。 非治療必需，不予同意。 依病情不符使用_____之規定，請改用_____。 依病情同意其手術，但特材改採_____。 項次第_____項，數量核定為_____。 請改用相同療效，價格較廉之藥品或特材。 項目代碼與名稱不符。 手術僅同意_____側，另側歎難同意。 論病例計酬案件同意其手術，特材改採_____。 本局審慎研議中，俟決議後再行函復。 請補送附件第_____項（參閱檢送附件欄）。 其他：							
檢 附	送 件	1.病歷影本 2.x光片 3.心臟等移植個案診斷紀錄表 4.細菌培養檢驗報告 5.病歷摘要 6.心電圖 7.治療計劃 8.超音波影像 9.白內障術前檢查紀錄 10.手術同意書 11.其他：														
注 意 事 項	1. 本申請書一式二聯，限一人一案，由保險醫事服務機構填報，不必備文；申請心臟移植、肺臟移植、肝臟移植、骨髓移植及立體定位放射手術暨不符衛生署藥品許可證之適應症、衛生署同意專案進口，本局以孤兒藥收載者、罕見疾病適用藥品之案件，請逕寄健保總局審核；其餘案件，則請寄健保局各分局審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定該保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 醫事服務機構填報藥品、特材價格經核定後，如該醫療費用申報時價格已調降，則依健保局公告之藥價基準藥品核定價支付；特材則以醫療費用支付標準所訂點數支付。 5. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書（應勾註申復，並填明原受理編號）向原核定單位申請複核。 6. 本申請書得由保險醫事服務機構自行印製，並依申請項目需要作成例行式特定項目申請書使用（如：人工髖關節）。													中央健康保險局	日期章戳	審 查 醫 師
醫 事 服 務 機 構 印	負責醫師： 印章		申請日期： 年 月 日		文 號：		決 行	科 課 長						複 核	承 辦 人	

全民健康保險高科技診療項目 特殊診療項目 藥品及特材 事前審查申請書							送核		受理	
醫事服務機構名稱及代號							原受理編號		主治醫師	
傷病名稱、傷病情況及使用理由或申復理由							原受理編號		主治醫師	
項次							原受理編號		主治醫師	
項目編號							原受理編號		主治醫師	
項目名稱							原受理編號		主治醫師	
規格、劑型及用法							原受理編號		主治醫師	
廠牌							原受理編號		主治醫師	
數量							原受理編號		主治醫師	
健保局核定欄							原受理編號		主治醫師	
1. 病歷影本 2. x光片 3. 心臟等移植個案診斷紀錄表 4. 細菌培養檢驗報告 5. 病歷摘要 6. 心電圖 7. 治療計劃 8. 超音波影像 9. 白內障術前檢查紀錄 10. 手術同意書 11. 其他：							同意備查。 非治療必需，不予同意。 依病情不符使用 _____ 之規定，請改用 _____。 依病情同意其手術，但特材改採 _____。 項次第 _____ 項，數量核定為 _____ 請改用相同療效，價格較廉之藥品或特材。 項目代碼與名稱不符。 手術僅同意 _____ 側，另側歉難同意。 論病例計酬案件同意其手術，特材改採 _____。 本局審慎研議中，俟決議後再行函復。 請補送附件第 _____ 項（參閱檢送附件欄）。 其他：		中央健康保險局 日期章戳	
1. 本申請書一式二聯，限一人一案，由保險醫事服務機構填報，不必備文；申請心臟移植、肺臟移植、肝臟移植、骨髓移植及立體定位放射手術暨不符衛生署藥品許可證之適應症、衛生署同意專案進口，本局以孤兒藥收載者、罕見疾病適用藥品之案件，請逕寄健保總局審核；其餘案件，則請寄健保局各分局審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定該保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 醫事服務機構填報藥品、特材價格經核定後，如該醫療費用申報時價格已調降，則依健保局公告之藥價基準藥品核定價支付；特材則以醫療費用支付標準所訂點數支付。 5. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書（應勾註申復，並填明原受理編號）向原核定單位申請複核。 6. 本申請書得由保險醫事服務機構自行印製，並依申請項目需要作成例行式特定項目申請書使用（如：人工髖關節）。										
醫事服務機構 負責醫師： 印章							申請日期： 年 月 日 文 號：			

第二聯：核定通知聯