

收文編號	收文日期
1094	109. 4. 21

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段
488號

傳真：(02)27069043

承辦人及電話：歐舒欣(02)27065866轉
2614

電子郵件信箱：A110666@nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國109年4月21日

發文字號：衛授保字第1090033008A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自中央健康保險署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構
申請補償(貼)作業說明」(附件)，請惠予轉知所屬會員，
請查照。

說明：

- 一、依據「衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療(事)
機構住宿式機構藥商補償紓困辦法」辦理。
- 二、醫療(事)機構因照顧對象確診致該醫事人員被隔離無法執
行業務，經地方衛生主管機關書面通知停診(業)者，即可
向本部中央健康保險署分區業務組申請補償。
- 三、旨揭資料請逕自本部中央健康保險署全球資訊網下載，路
徑為重要政策>停診(業)武漢肺炎補償(貼)專區。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協
會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國
中醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國
聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯
合會、中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合
會、中華民國醫事放射師全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、台灣腎
臟醫學會、社團法人台灣社區精神復健發展協會、中華民國助產師助產士公會全
國聯合會、本署各分區業務組

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部中央健康保險署企劃組、衛生福利部中

日	文	外	郵政文書
			1001

中央健康保險署財務組、衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組、衛生福利部中央健康保險署秘書室、衛生福利部中央健康保險署主計室、衛生福利部中央健康保險署醫務管理組(均含附件)

電 2020/04/21 文
交 16:48:06 章

子
分
類

42

受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之醫療(事)機構申請補償

(貼)作業說明

109.4.20 修正

一、法律依據

衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療(事)機構事業產業補償紓困辦法

(一) 停診醫療機構之補償，詳第 3 條至第 7 條。

(二) 停業醫事機構之補貼，詳第 8 條至第 10 條。

二、補償對象

指醫療(事)機構因配合中央流行疫情指揮中心防疫需要，經地方衛生主管機關書面通知停診(業)者，停診(業)期間自 109 年 1 月 15 日起均得申請。

三、申請期間

(一) 醫療(事)機構於停診(業)原因消滅後六個月內，向本署分區業務組提出。

(二) 停診期間連續超過 30 日者，得自滿 30 日之翌日起，先申請該期間之補償。

四、申請補償範圍：

(一) 醫療(事)機構全面停診(業)者，計算基準就下列兩種方式二擇一：

1. 以去年同期之健保申報醫療費用點數(排除藥費及特材費，A 表)及掛號費(C 表)計算。
2. 以停診(業)存續期間所應支出之基本人事費(B1 或 B2 表)、維持費(總表)及掛號費(C 表)。

(二) 醫療(事)機構部分停診(業)者

1. 門檻條件：整體醫療費用必須未及前一年同期。
2. 以停診(業)存續期間所應支出之基本人事費、維持費(總表)及掛號費(C 表)予以補償。其中基本人事費計算基準就下列兩種方式二擇一：
 - (1)受隔離之個別醫師於去年同期健保申報醫療費用點數(排除藥費及特材費，B1 表)
 - (2)受隔離人員之停診(業)前六個月之經常性薪資平均計算(B2 表)。

五、申請、審核及核付流程

(一) 院所填具申請表

1. 全面停診者，填寫總表+A 表+C 表，或總表+B1 表+C 表，或總表+B2 表+C 表。
2. 部分停診者，填寫總表+B1 表+C 表，或總表+B2 表+C 表。

(二) 院所將申請表備文寄送本署分區業務組。

(三) 本署分區業務組審核重點

1. **停診原因：**醫療(事)機構因配合中央流行疫情指揮中心防疫需要，或其醫事人員因照顧對象確診，致該醫事人員被隔離無法執行業務，經地方衛生主管機關書面通知停診(業)者。

2. **停診期間：**與衛生主管機關核定期間相符。

3. **基本人事費：**

(1) 申請清冊名單以醫療(事)機構對停診前已任職之人員，於停診期間繼續給付薪資者為限。

(2) 採去年同期者(B1 表)：確認醫師申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔，排除藥費及特材費)。

(3) 採經常性給與薪資者(B2 表)：確認以停診前六個月之經常性薪資平均計算，不包括不定期獎勵金。

4. **維持費(總表)：**審核各項單據之合理性。

5. **掛號費(C 表)：**審核單據或以其門、急診單次掛號費X 申請件數之合理性。

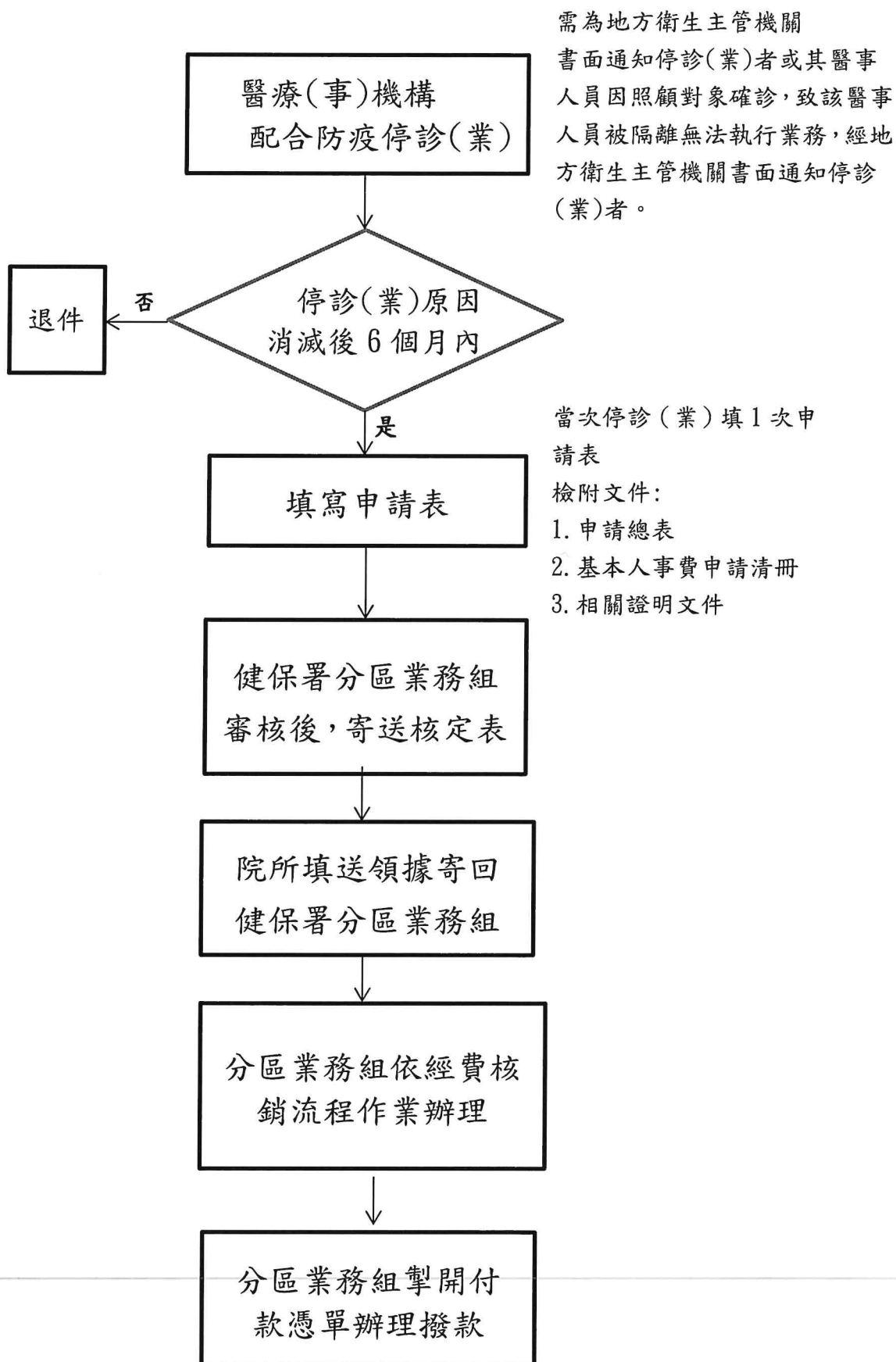
(四) 分區業務組審查完畢後將核定公文寄送申請補償院所，
請院所掣據核銷。

(五) 申請補償院所寄回核章後領據。

(六) 健保署分區業務組付款，並副知衛生福利部、當地衛生
主管機關及相關單位。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)

作業流程



醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(總表)

機構代號：_____ 投保單位代號：_____ 機構名稱：_____ 申請日期：109 年 ____ 月 ____ 日
 負責醫師姓名：_____ 停診期間：109 年 ____ 月 ____ 日至 ____ 月 ____ 日(衛生局文號：_____)
 停診區分及申請方式：

1. ☐ 全面停診 ☐ 機構去年同期健保申報醫療費用點數(A表)+掛號費(C表)
☐ 基本人事費(☐ 去年同期健保申報醫療費用點數(B1表) ☐ 經常性給與薪資(B2表))+維持費+掛號費(C表)
 2. ☐ 部分停診 基本人事費(☐ 去年同期該被隔離醫師健保申報醫療費用點數(B1表) ☐ 經常性給與薪資(B2表))+維持費+掛號費(C表)

項目	細目	單據張數	申請金額	健保署 核付金額	醫療(事)機構印信	負責人員章
A 表	機構去年同期醫療費用點數					
B1 表	基本人事費	-				
B2 表						
維持費	水、電、瓦斯、電話					
	租金					
	管理、清潔、網路					
	各類社會保險費					
	其他					
	小計					
C 表	掛號費					
	合計					
☐ 部分停診，機構整體醫療費用點數未及去年同期者						☐ 低於去年同期

連絡人：_____ 聯絡電話：_____ (本署特約醫事機構免填)
 機構地址：_____

*須檢附地方衛生主管機關書面通知停診(業)函影本。

*除以去年同期健保申報醫療費用點數為計算基準外，其餘皆須檢附相關單據以為核銷依據。本表中屬公務預算支應者不得填報。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(A表)
(補償方式採機構去年同期健保申報醫療費用點數-排除藥費及特材費)

機構代號：_____ 機構名稱：_____ 申請日期：109 年__月__日

停診期間：109 年__月__日至__月__日 (衛生局文號：_____)

項目	醫療(事)機構代號	醫療(事)機構名稱	去年同期申報醫療費用點數 (排除藥費及特材費)	中央健康保險署核付金額
門診				
住診				
合計				

註：粗框部分由中央健康保險署填寫。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(B1表)
(人事費申請清冊：基本人事費採醫師去年同期健保申報醫療費用點數-排除藥費及特材費)

機構代號：_____ 機構名稱：_____ 申請日期：109 年__月__日
停診期間：109 年__月__日至__月__日 (衛生局文號：_____)

序號	姓名	身分證號碼	出生年月日	去年同期申報醫療費用點數 (排除藥費及特材費)	健保署核付金額
合計					

- 註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。
2. 檢附人員停診期間繼續給付薪資證明。
3. 屬公務預算支應者不得填報。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(B2 表)
(人事費申請清冊：基本人事費採停診前六個月經常性給與薪資者)

機構代號：____ 投保單位代號：____ 機構名稱：____ 停診期間：109 年__月__日至__月__日 (衛生局文號：____) 申請日期：109 年__月__日

序號	人員類別	姓名	身分證號	出生年月日	每月經常性薪資	平均經常性薪資	經常性薪資申請金額	中央健康保險署核付金額
合計		人數		金額				

註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。

2. 不同類別請按類別分開統計，類別分為 1(醫師)、2(護理人員)、3(藥師)、4(其他受雇人員)等，請書明。
3. 經常性給與薪資包括基本薪資、加班、值班、定期獎勵金等，未檢附者將以其參加健保之投保金額計算。
4. 檢附人員薪資證明(停診前 6 個月之經常性薪資)及停診期間繼續給付薪資證明。
5. 屬公務預算支應者不得填報。

醫療(事)機構受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診(業)之補償(貼)申請表暨審核表(C表)
(掛號費)

機構代號：_____ 機構名稱：_____ 申請日期：109 年__月__日
停診期間：109 年__月__日至__月__日 (衛生局文號：_____)

項目	去年同期每件金額	去年同期件數	申請金額	健保署核定		
				每件金額	申請件數	總申請金額
門診						
急診						
合計						

註：1. 粗框部分由中央健康保險署填寫。

2. 屬公務預算支應者不得填報。

3. 如因保險對象身分不同而收取不同掛號費，請分列。

4. 基本人事費採 B1 表者，件數不得高於健保申報資料(不含自費看診部分)；採 B2 表者則須檢具相關單據。