

# 全民健康保險轉診實施辦法條文

中華民國一百零一年十一月二十三日行政院衛生署(101)衛署健保字第1012660285號令訂定發布全文15條；並自一百零二年一月一日施行  
中華民國一百零四年八月十四日衛生福利部衛部保字第1041260558號令修正發布第15條及第7條附表二，自發布日施行

中華民國一百零六年四月十三日衛生福利部衛部保字第1061260160號令

修正發布第3、5、6、7、10、11、14條條文

第一條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第四十三條第四項規定訂定之。

第二條 全民健康保險(以下稱本保險)特約醫院、診所辦理保險對象轉診，依本辦法之規定。

第三條 特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。

前項轉診，指保險對象接受特約醫院、診所安排轉至其他適當之各級特約醫院、診所，繼續接受治療。

前項轉診，不受醫療機構類別或層級別之限制。

保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所應建議轉回原診療之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第四條 特約醫院、診所基於診療需要，得交付轉檢單(如附表一)，供保險對象至指定之特約醫院、診所、醫事檢驗機構、醫事放射機構接受檢查(驗)服務。

前項檢查(驗)服務項目，應以原診治之醫院、診所，依其層級所得實施者為限。

第五條 特約醫院、診所應與其他特約醫院、診所建立雙向轉診作業機制。

特約醫院、診所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。

第 六 條 特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。

前項轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。

保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限。

保險對象因不可歸責之因素，無法依轉診單所載就醫日期就醫者，得逕洽接受轉診之特約醫院、診所辦理，另行安排就醫日期。

第 七 條 前條之轉診單，其內容應包括下列事項，並經開立之醫師簽章(如附表二)。

一、保險對象基本資料。

二、病歷摘要或處置情形。

三、轉診目的。

四、開立日期及有效期限。

五、建議轉至之特約醫院、診所名稱、地址、電話及診療科別。

採用電子轉診單者，特約醫院、診所應將電子轉診單傳輸至接受轉診之特約醫院、診所，並視保險對象需要，列印一份送交保險對象，由其交付予接受轉診之特約醫院、診所併入病歷留存。

第一項之轉診單，特約醫院、診所宜使用保險人建立之電子轉診平台傳送。

第 八 條 特約醫院、診所對於需轉診之保險對象，應將轉診就醫類別註記於其健保卡，並傳輸至保險人。

第 九 條 接受轉診之特約醫院、診所，應依全民健康保險醫療辦法規定，查驗保險對象身分及轉診單。

第 十 條 接受轉診之特約醫院、診所，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療

疾病之相關檢查及處置結果，回復原診療之特約醫院、診所。

保險對象轉診後，接受住院診療者，接受轉診之特約醫院應於其出院後，將出院之病歷摘要，回復原診療之特約醫院、診所。因病情需要，需繼續治療、追蹤治療者，應一併告知。

**第十一條** 保險對象具有下列情形之一者，視同轉診，但無需持轉診單：

一、門診、急診手術後之首次回診。

二、前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。

三、分娩出院後六星期內之首次回診。

四、前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。

五、於無特約診所之鄉（鎮、市、區），逕赴該鄉（鎮、市、區）之特約醫院就醫。

前項第一款到第四款回診，以返回接受轉診之特約醫院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。

**第十二條** 特約醫院、診所依本辦法辦理之轉診，對於保險對象應自行負擔之門診醫療費用，應依本法第四十三條第一項至第三項規定計收。

**第十三條** 非本保險特約醫院、診所開立之轉診單，不適用本辦法之規定。

**第十四條** 特約醫院、診所依本辦法辦理轉診，有需改善之情事者，保險人應通知限期改善；屆期未改善，應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，予以違約記點。

**第十五條** 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。  
本辦法修正條文，自發布日施行。

附表一

全民健康保險

院(所)轉檢單(轉檢至

院所)

保險對象基本資料	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國(前)	年	月	日
	過敏史									
	初步診斷									
原診療院所	代號				地址					
	名稱									
	醫師姓名		醫師簽章		聯絡電話		傳真號碼			
	開單日期	民國(前)	年	月	日	有效期限	民國(前)	年	月	日
檢查項目代號	檢查項目名稱									
指定保險對象 接受轉檢醫事 服務機構名稱	地 址				聯絡人		聯絡電話			
檢查結果：(以下由接受轉檢特約醫事服務機構紀錄)										
執行檢查醫事人員簽章：_____										
檢查日期： 年 月 日				報告日期： 年 月 日						

第一聯：接受轉檢醫事服務機構留存  
第二聯：接受轉檢醫事服務機構回復原診療院所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次

附表二

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至

院所)

保險醫事服務機構代號：

原 診 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址	
療 歷 醫 要	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：	
		B.診斷		ICD-10-CM/PCS 病名	
		1.(主診斷)			
		2.			
轉 診 所	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目	
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤	
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他	
診 所	診所住址			傳真號碼：	
				電子信箱：	
		姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章
		開 立 日 期	年 月 日	安 排 就 醫 日 期	年 月 日 科 診 號
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院			
		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中			
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中			
		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中			
治 療 摘 要	治療摘要	1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱	
		ICD-10-CM/PCS：		3. 輔助診斷之檢查結果	
		病名：			
院 所 名 稱	診所名稱			電話或傳真：	
				電子信箱：	
		姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期
		年 月 日			

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所  
第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無