

中華民國八十六年三月



全民健康保險法規要輯

中央健康保險局編印

BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

全民健康保險相關法規

國家圖書館出版品預行編目資料

全民健康保險法規要輯. 中華民國八十六年 / 中
央健康保險局編. -- 修訂版. -- 臺北市 : 中
央健保局, 民86
面 : 公分
ISBN 957-00-8817-6(平裝)

1. 全民健康保險 - 法令,規則等

563.71

86002927

全民健康保險法規要輯

編 者：中央健康保險局

發行人：葉金川

發行所：中央健康保險局

地 址：臺北市信義路三段一四〇號

電 話：(〇二)七〇六五八六六

印刷所：英茂條碼印刷股份有限公司

中華民國八十四年八月初版

中華民國八十六年三月修訂版

非賣品

ISBN 957-00-8817-6

全民健康保險法規要輯 目錄

全民健康保險相關法規

一、全民健康保險法	1
二、全民健康保險法施行細則	18
三、全民健康保險醫療辦法	32
四、全民健康保險保險對象門診醫療費用自行負擔金額及住院醫療費用自行負擔金額	42
五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法	43
六、全民健康保險特約醫事服務機構合約（含特約醫院診所適用連同附約及特約藥局適用兩種）	50
七、全民健康保險預防保健實施辦法	65
八、全民健康保險居家照護作業要點	68
九、全民健康保險重大傷病證明作業須知	78
十、全民健康保險慢性病連續處方箋調劑作業要點	85
十一、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法	89
十二、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法	92
十三、全民健康保險爭議事項審議辦法	95
十四、中央健康保險局組織條例	98

十五、全民健康保險監理委員會組織規程	104
十六、全民健康保險爭議審議委員會組織規程	106
十七、全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程	108

附錄

一、醫療法	111
二、醫療法施行細則	125
三、醫師法	140
四、醫師法施行細則	148

附表

一、全民健康保險投保金額分級表	153
二、全民健康保險重大傷病範圍	154
三、全民健康保險慢性疾病範圍	159

註：發文日期、字號上方冠有※者，表示最近修正資料

全民健康保險法

中華民國八十三年八月九日 總統華總(一)義字第四七〇五號令公布
中華民國八十三年十月三日 總統華總(一)義字第五八六五號令修正
公布第八十七條；並增訂第十一條之一及第六十九條之一條文

第一章 總 則

第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特

制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。

第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。

第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。

第四條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。

前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第五條 為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。

前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。

第二章 保險人、保險對象及投保單位

全民健康保險法規要輯

第六條

本保險由主管機關設中央健康保險局爲保險人，辦理保險業務。中央健康保險局之組織，以法律定之。

第七條

本保險之保險對象分爲被保險人及其眷屬。

被保險人分爲下列六類：

一、第一類：

(一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。

(二)公、民營事業、機構之受雇者。

(三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。

(四)雇主或自營作業者。

(五)專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(二)參加海員總工會或船長公會爲會員之外僱船員。

三、第三類：

(一)農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

(二)無一定雇主或自營作業而參加漁會爲甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。

六、第六類：

(一)榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。

第九條

審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

(二)第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。
前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格各類被保險人之眷屬，規定如下：

一、第一類至第三類被保險人之眷屬：

(一)被保險人之配偶，且無職業者。

(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

二、第四類被保險人之眷屬：

(一)同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

(二)同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者

三、第五類被保險人之共同生活親屬。

四、第六類被保險人之眷屬：

(一)被保險人之配偶，且無職業者。

(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象：
一、在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。

第十條

全民健康保險法

二、在臺閩地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者。

三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。

凡具有外國國籍，在臺閩地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。

第十一條

有下列情形之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保：

- 一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。
- 二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下者，不在此限。
- 三、失蹤滿六個月者。
- 四、喪失前條所定資格者。

第十一條之一

符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。

第十二條

第一類至第三類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。

具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。

被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。

第十三條
第十四條

各類被保險人之投保單位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。

第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。

第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

第三章 保險財務

第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。

第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一年以百分之四·二五計繳保險費；第二年起，依第二十條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。

本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。

眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

第二十條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。

二、本保險之安全準備降至最低限額者。

三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條

第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

第二十二條

第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。

二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。

三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。

第四類被保險人，以其家戶內單人之薪資所得為投保金額。

第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

第二十三條

第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三款及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

第二十四條

第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。

第二十五條

第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。

第二十六條

第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

第二十七條

本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：

一、第一類被保險人：

(一)第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。

(二)第八條第一項第一款第二目及第三款被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三)第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。

五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。

六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第二十八條

第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

第二十九條

本保險保險費依下列規定，按月繳納：

一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，逕同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。

四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

第三十條

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

第四章 保險給付

第三十一條

保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門

診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。

前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。

第三十二條

本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。

第三十三條

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。

前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。

第三十四條

本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

第三十五條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

第三十六條

保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：

一、重大傷病。

二、分娩。

三、接受第三十二條所定之預防保健服務。

前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。

第三十七條

第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。

第三十八條

保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

第三十九條

下列項目之費用不在本保險給付範圍：

一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。

二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。

三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。

四、成藥、醫師指示用藥。

五、指定醫師、特別護士及護理師。

六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。

七、人體試驗。

八、日間住院。但精神病照護，不在此限。

九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。

十、病人交通、掛號、證明文件。

十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。

十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。

第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、

火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。

第四十一條 保險對象有下列情形之一者，不予保險給付：

一、依其他社會保險法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者。

二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。

三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。

四、違反本法有關規定者。

第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。

第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。

第四十四條 前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。

第四十五條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。

第四十六條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用；其所繳之保險費，不予退還。

保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

第五章 醫療費用支付

第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成：

其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：

一、醫事服務提供者代表。

二、保險付費者代表與專家學者。

三、相關主管機關代表。

第四十九條

醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

第五十條

保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。

保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。

門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。

前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

第五十一條
醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。