



2015-2016

国民健康保険

ハンドブック



006 第一章 全民健康保険はあなたの医療権益を一生保障します

全民健康保険とは？

全ての方が全民健康保険に加入するよう法律で義務付けています

全民健康保険の身分証明—「健康保険カード」

008 第二章 健康保険に加入するには

台湾に戸籍を持つ方

台湾在住の香港、マカオ、中国大陸、外国籍の方

014 第三章 健康保険の加入における特殊な状況

保険資格の喪失

保険を中断後、保険に再加入するには？

長期海外滞在者の帰国後の加入

保険対象の停止を行う必要がある場合

6カ月以上出国を予定される方への保険停止に関するアドバイス

収容者の保険加入

020 第四章 健康保険の財源と保険料の計算

健康保険カードを使用して受診した場合の費用はどこから？

保険料の計算

一般保険料

補充保険料

## 032 第五章 健康保険料の納付

保険料の納付は、互助と節税に

保険料納付証明書を申請するには？

保険料の納め方

取引銀行の預金口座自動引き落としを申し込むには？

納付忘れや引き落とし口座の残高不足の場合  
は？

## 038 第六章 健康保険による医療サービス

診察と転院

訪問看護

転院の手順

ターミナルケア

同一の治療プロセス

健康保険のファミリー

急診

ドクタートータルケア

入院

医療給付改善プラン

## 049 第七章 健康保険で受診するには

受診時は「健康保険カード」を忘れずに

受診後は「処方箋」(指示書)を忘れずに

転院受診の規定

一部負担金

支払領収書、医療費項目明細書と薬品明細書

患者の自己負担が必要な場合は、医師が事前に告知

特殊材料の自己負担差額

ご意見やお問い合わせ

争議審議の申請

064 第八章 健康保険カードの機能、更新と保管および申請

健康保険カードの機能

健康保険カードの更新

健康保険カードで個人の受診データが流出するのでは？

健康保険カードの保管

健康保険カードの有効期限は？

健康保険カードの破損、紛失、姓名変更、写真交換などの手続きは？

健康保険カードの外観に異常はないが、使用できない場合は？

072 第九章 特殊な傷病患者の医療権益

慢性病患者(慢性病連続処方箋)

重大傷病の患者

労働災害の患者

希少疾病の患者

078 第十章 受診が困難な方へのサポート

政府による健康保険料の補助

一時的に保険料や一部負担金が支払えない場合は

弱者への配慮

特定患者の受診時の一部負担金の軽減

社会的弱者のアルバイト収入から控除する補充保険料の下限を引き上げ

医療リソースの欠乏する地区改善プラン

## 087 第十一章 健康保険クラウド薬歴システム

「健康保険クラウド薬歴システム」とは？  
「健康保険クラウド薬歴システム」による服薬の安全確保

## 089 第十二章 自己負担医療費の還付

申請期限  
請求に添付する書類  
申請方法  
還付金額の上限  
おわりに

## 094 第十三章 利用者にやさしい健康保険業務

機関を越えた便利なサービス  
業務改善サービス  
弱者への思いやり

## 098 付 録 衛生福利部中央健康保険署、各分区業務組および連絡事務所一覧



## 第一章

# 全民健康保険はあなたの医療権益を一生保障します

病気の時に世話をしてくれるのは医師や看護師だけでなく「全民健康保険」もそばにいることをお忘れにならないでください。全民健康保険は1995年3月1日に全国の方々の健康が保障されることを願って設けられました。

### 全民健康保険とは？

「全民健康保険」はすべての国民が出生すると加入が必要となる保険で、一種の全国民が互いに支えあう制度となっています。通常は規定に基づき保険料を納付します。誰かが病気になった場合、政府は受領した保険料を利用し、病人が支払う診療費用と薬品費用の一部を保険医療機関に支払って病人を援助します。このように病気になった時に少額で適切な医療を受けることができます。

つまり、全民健康保険の保険料を毎月定期的に納めるだけで、自分が病気の時には方々の援助を受けることができ、他の方々が病気になった場合には、あなたが援助することができるのです。

## 全ての方が全民健康保険に加入するよう法律で義務付けられています

「全民健康保険」は強制的社会保険で、中華民國の戸籍を有する中華民國国民と、この国に居留証を持つ外国人は老若男女、仕事の有無を問わず、すべて法律に基づき全民健康保険に加入しなければなりません。さらにこの保険は保険資格の喪失（失踪した方、中華民國の戸籍を喪失した方、戸籍を国外に移動させた方、台湾の居（停）留期限が切れた方）を除き、一生続くものです。出生から死亡までの間、任意に保険を脱退することはできません。

## 全民健康保険の身分証明—「健康保険カード」

健康保険に加入しているすべての方が自主的に「健康保険カード」の申請を行う必要があります。これは診療所や病院にかかる際に必要な証明となりますので、大切に保管してください。





## 第二章 健康保険に加入するには

### 台湾に戸籍を持つ方

台湾に戸籍を持つ方は、いずれも籍を設けてから満6か月の日より健康保険に加入します(現在の被雇用者および公務で国外に駐在している政府機関関係者とその配偶者および子女は6か月の制限を受けません。台湾で出生した台湾籍の新生児は出生届を提出し、出生日より保険に加入します)。健康保険の被保険者には6つの分類があるため、資格によって保険の方法も異なります。資格が変わると、保険の方法も合わせて変わります。現在無職の場合、または転職の間で中断がある場合は、戸籍が継続する限り適当な資格で保険をかける必要があり、保険が中断されることはありません。

保険資格は以下の優先順位に従ってください

1 或いは2の保険資格に適合する場合、3を選択することはできません。3の保険資格に適合する場合、4を選択することはできません。以下同様。

1. 企業、機関、店舗の従業員の方は、事業所で保険に加入します。

2. 企業、店舗の代表者の方は、適用事業所を成立させて自身、従業員およびその被扶養者が保険に加入できるようにします。
3. 組合、農協、漁協の会員の方は、組合、農協、漁協で保険に加入します(組合、農協、漁協に合わせて加入している方は組合の保険を優先します)。
4. 無職の方で、配偶者または直系親族が仕事をしている場合は、配偶者または直系親族の適用事業所で、被扶養者として保険に加入します(扶養される親族が2人以上いる場合は、等親の一番近い親族で適用します)。
5. 無職の方で、保険に加入できる配偶者または直系親族がない場合は、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所が適用事業所となります。当該役所にて保険に加入してください。

出国から2年以上帰国がない場合は戸籍が抹消されます。健康保険に加入することができず、脱退手続きをする必要があります。再加入する場合、戸籍を再登録してから、保険に再加入します。健康保険に加入したことのある方で、国外在住により戸籍が抹消されて保険を脱退された後、戸籍を再登録する際、特定の事業主の被雇用者、あるいは健康保険の加入が2年以内の方は戸籍再登録時にただちに保険に加入できますが、それ以外の場合は戸籍の再登録から満6か月でなければ保険に加入できません。

## 乳児

新生児は出生届を提出すると、ただちに出生日より法に基づいて父親または母親(職についている親。ともに職がある場合はいずれかを選ぶ)の被扶養者となり、父親または母親の適用事業所で被扶養者として保険に加入します。国外で出生した台湾籍の乳児は、帰国して戸籍を登録してから6か月後に保険に加入することができます。



## 学生

### 1. 職についていない方

- (1) 在学者（正規の学生であり、国内の公立学校および各教育行政機関の認可によって設立された私立学校あるいは台湾域外の認可を受けた学校の在籍者・20歳以上の方は在学証明書を提出）で、職についていない場合は、「被扶養者」として父親または母親（いずれか）の保険に加入します。
- (2) 両親が扶養できない場合は、同様に父方または母方の祖父母の「被扶養者」として保険に加入します。父方または母方の祖父母が扶養できない場合は、戸籍のある郷（鎮、市、区）役所で被保険者として健康保険に加入します。
- (3) 学校を卒業した後、または兵役を終了した後に無職の場合は、当該卒業年度終了の日から1年以内、または兵役終了の日から1年以内は、父母または父（母）方の祖父母の被扶養者として保険に加入できます。

#### 満20歳の在学生の保険継続

20歳以上の在学生で、無職または生計能力がなく、父母または父（母）方の祖父母の被扶養者として保険に加入する場合、適用事業所は満20歳になる月の末に、「保険継続申請書」に記入し、証明書類のコピー1部と合わせて、適用事業所が所属する健保署分区業務組に送付し、保険継続手続きを行います。

### 2. 社会人学生

特定の職業のある学生は、勤務する企業で被雇用者として健康保険に加入します。

### 3. 短期（3か月未満）で働く学生

夏休みや冬休みを利用して、期間が3か月未満のアルバイトとして働き、新学期に入って学生の「本業」に戻る場合

は、アルバイト期間中も元の資格で保険を継続することができます。

#### 4. 実習作業

シフト制実習作業の学生は、学校へ戻っても提携工場の希望により、「被雇用者」として工場の保険を継続することができます。提携工場が被雇用者としての保険継続を希望しない場合は、前述の職業のない学生の保険資格に従って保険手続きを行います。

### 仕事のある方

仕事のある方は、お勤めの企業または所属団体で保険加入手続きを行います。

#### 1. 企業の代表者

自身で適用事業所を成立させて保険に加入します。ほかに仕事があってそれが主要な仕事の場合、主要な仕事の企業または機関で保険に加入し、代表者として保険に加入する必要はありません。

#### 2. 企業の従業員で、特定の事業主がある場合

事業主が保険手続きを行います。

#### 3. 仕事はあるが、特定の事業主がない場合

職業組合、または農協、漁協会員である場合、あるいは実際に農業、漁業に従事している場合は、職業組合または農協、漁協で保険手続きを行います。

#### 4. 2種類の仕事を持つ方

主要な仕事(実際の労働時間の長短を基準とし、労働時間が同じ場合は、収入の多寡を判断の根拠とする)を保険資格とします。

#### 5. 休職中の方

元の適用事業所の同意のもと、元の適用事業所が元の標準報酬月額等級で保険を継続します。また、被保険者は月ごとに適用事業所に30%の健康保険料を自己負担で納付し

ます。元の適用事業所が保険の継続に同意しない場合は、職業を持つ配偶者または直系親族の扶養で保険に加入します。被扶養資格がない場合は、戸籍のある役所で保険に加入します。

6. 「性別工作平等法」の規定で育児休暇を申請した被保険者  
元の適用事業所が元の標準報酬月額等級で保険を継続することを選択でき、30%の健康保険料を自己負担します。健保署から被保険者に送付される納付書で納付します。納付期限は3年延長することができます。転出を選んだ場合は、職業を持つ配偶者の扶養で、被扶養者として保険に加入します。被扶養資格がない場合は、戸籍のある役所で保険に加入します。

### 無職の方

1. 無職で被扶養資格を満たす方は、仕事のある配偶者または直系親族の扶養で保険に加入します。
2. 配偶者または直系親族の扶養で保険に加入できない方は、「地区人口」として、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所で保険加入を申請します。
3. 無職の恩給受給者および恩給受給者の遺族の世帯主は、「恩給受給者」として戸籍のある郷、鎮、市、区などの役所で保険加入を申請します。

### 台湾在住の香港、マカオ、中国大陸、外国籍の方

全民健康保険法の規定に従い、居留証を所有する外国籍の方(香港、マカオ、大陸地区の方を含む)については、特定の事業主を持つ被雇用者が雇用された日から全民健保に加入します。もしくは、居留証の交付から、台湾滞在が満6か月(台湾での滞在が連続6か月または1回の出国が30日に満たず、実際の居住期間から出国日数を差し引いた日数が6か月)の日より全民健保に加入します。

## 1. 華僑の学生、外国籍の学生

- (1) 在学する学校で保険に加入します。卒業、退学、休学で移住地に戻る場合や出国する場合は、在学していた学校で脱退手続きを行います。
- (2) 卒業後、居留期限が到来するまでの間、あるいは内政部移民署より居留期限延長の許可を受けた場合は居住地の郷（鎮、市、区）役所において健康保険の継続手続きを行います。

## 2. 特定の事業主がある場合

事業主が保険手続きを行います。

## 3. 仕事がなく、配偶者や直系親族の被扶養者として保険に加入できる方

居留から満6か月より、配偶者または直系親族の適用事業所で全民健保に加入できます。

## 4. 仕事がなく、被扶養者としても保険に加入できない方

居留から満6か月より、居留地の役所で保険手続きを行います。

## 5. 会社の代表者

居留から満6か月より、会社で保険手続きを行います。



## 第三章 健康保険の加入における特殊な状況

### 保険資格の喪失

下記の状況の方は保険に加入できません。保険に加入している方は、脱退する必要があります。

1. 失踪してから満6か月の方。災害で行方不明となった方は、災害発生の当日から脱退できます。
2. 中華民国の戸籍を喪失した方、戸籍を国外に移動させた方、台湾の居(停)留期限が切れた方。

### 保険を中断後、保険に再加入するには？

転職や資格の変更、住所変更などで保険を中断している場合、受診の際には医療費を仮払いで自己負担しなければなりません。そのため、できるだけ早く保険に再加入することが推奨されます。再加入の手続きは次のとおりです。

1. 保険の中断期間中、会社、機関、店舗の従業員である場合は、元の職場で再加入します。
2. 保険の中断期間中、組合、農協、漁協の会員である場合は、所属する組合、農協、漁協で再加入します。
3. 保険の中断期間中、仕事はないものの、法に基づいて仕事のある親族の被扶養者になれる場合は、配偶者または直系

親族の適用事業所で、被扶養者として再加入します。

4. 保険の中断期間中、仕事がなく、法に基づいて配偶者または直系親族の被扶養者になれない場合は、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所で再加入します。

## 長期海外滞在者の帰国後の加入

帰国前の2年間に保険加入記録のない方は、台湾に戸籍を設けてから満6カ月を経た日より健康保険に加入し、保険診療を受けることができます。

1. 出国から2年以内の方は、戸籍があれば、保険資格があると見なされ、規定通り保険に加入できます。
2. 出国による戸籍の国外転出で保険を脱退してから2年未満の方は、帰国後に戸籍を再登録すれば、ただちに保険資格を回復することができます。
3. 出国による戸籍の国外転出で保険を脱退してから2年以上の方は、台湾に戻って戸籍を再登録してから満6か月で、健康保険に加入できます。





## 保険対象の停止を行う必要がある場合

### 1. 失踪から6か月未満の方。

- (1) 家族が保険資格停止申請書で代理申請した場合、失踪の当月から保険は停止されます。
- (2) 証明書類：警察署の行方不明者捜索届の受理証書が必要となります。
- (3) 失踪による保険停止を受けた被保険者の被扶養者は、別の資格に変更して保険に加入します。

### 2. 出国の予定が6か月以上の方は、保険を停止することができます。過去に出国による保険停止を行ったことがある場合は、帰国して再加入後、3か月以上経過しなければ再度保険停止はできません。

- (1) 出国から6か月未満で事前に帰国する場合は、保険停止を取り消して、保険料を後納します。
- (2) 出国による保険停止を行った被保険者の被扶養者は、別の資格に変更して保険に加入します。ただし、元の適用事業所が同意した場合は、被扶養者は元の適用事業者が保険の加入を継続します。

## 6か月以上出国を予定される方への保険停止に関するアドバイス

台湾に籍を残す方で、出国の予定が6か月以上の場合は、「保険加入の継続」または「保険停止」が行えます。

### 1. 保険加入の継続

別途申請する必要はありません。出国期間中も続けて保険料を納付するだけで、健康保険の医療給付が受けられます。国外で緊急の傷病、分娩などの場合は、「自己負担医療費の還付」を申請することができます（「自己負担医療費の還付」は、第十二章を参照）。

## 2. 保険資格の停止

- (1) 「保険停止申請書（停保申請表）」を、出国前に提出して申請します。出国期間中は一時的に保険料の納付が停止され、健康保険の医療給付も一時停止します。本人が保険停止を申請できない場合は、台湾にいる家族が委任者と受任者の身分を証明する資料を持参して、保険停止の手続きを行います。また、健保署グローバル情報ネット「個人健保データネットワークサービス作業」より、「自然人認証」や健康保険カードを利用してインターネット上で保険停止の手続きを行うこともできます。
- (2) 停止期間中は保険料を納付する必要はありません。帰国後は、必ず帰国当日に保険の再開手続きを行い、保険診療の権益と加入の義務を回復させます。ただし、出国から6か月未満で国内に戻った場合は、保険停止を取り消し、保険停止当月から帰国までの期間の保険料を後納しなければなりません。
- (3) 国外滞在中に保険停止を申請した方は、申請日を保険停止日とし、出国日にさかのぼって保険を停止することはできません。帰国後もさかのぼって保険停止手続きを行うことや、出国期間中に納付した保険料の還付を請求することはできません。また、保険停止後は、国外滞在期間中に再加入を行うこと、医療費の還付を申請することはできません。帰国後に再加入しなければ、保険診療の権益は得られません。
- (4) 2013年1月1日より、出国の際に保険停止を選択した方は、帰国後の再加入から満3か月たたなければ、再度保険停止を行うことができません。



第三章 健康保険の加入における特殊な状況

「出国時の保険停止」と「帰国時の保険再開」の手続きを行うには？

保険停止を行うには、適用事業所の「保険対象停止申請書（保険対象停保申報表）」を1部記入し、査証や航空券などの証明書類を提示して、適用事業所が所属する健保署分区業務組に送付して保険停止を行います。出国前に保険停止申請書を送付した場合は、出国当月から資格が停止されます。出国後に手続きをした場合は、保険停止申請書が届いた当月から保険が停止されます。

保険の停止後、帰国などで停止理由がなくなった場合は、帰国の当日に保険を再開しなければなりません。3日以内に適用事業所の「保険再開申請書（復保申報表）」を1部記入し、これまでの出入国証明（または旅券全ページのコピー）を添えて、適用事業所が所属する健保署分区業務組に送付して保険の再開を行います。すぐに保険再開を行わなかった場合でも、後日再開した際入国の日にさかのぼって保険料を後納しなければなりません。



## 収容者の保険加入

収容者の医療問題を改善するため、矯正機関の収容者（矯正機関の受刑者、学生、処分を受けた者、被告人、更生施設収容者、収容された少年）についても、2013年1月1日より法に基づき強制的に国民健康保険に加入しなければなりません。矯正機関の収容者は犯罪の更生という点から行動の自由に制限を受けます。医療人権は保障されますが、診察する場所や方式は制限されるため収容者はまず矯正機関内で診察を受けることになります。転院が必要な場合は、戒護のもと外出して再度診察できるよう手配されます。





## 第四章 健康保険の財源と保険料の計算

健康保険カードを使用して受診した場合の費用はどこから？

全民健保の主な財源は、保険料の収入です。保険料は被保険者、事業主、政府の三者が共同で分担します。健保署は納付された保険料により、被保険者の受診に伴う費用を負担します。

全民健保の保険料は被保険者が受診した際の費用のみを負担し、全民健保の処理に必要な人事や事務に関する費用や職員の給与などは、いずれも政府から支給され、保険料を利用することはありません。

## 保険料の計算

### 一般保険料

全民健保の保険料の計算では、第一、二、三類の保険対象はその標準報酬月額を計算の基礎とします。第四、五、六類の保険対象は健康保険に加入するすべての被保険者の保険料の平均値を計算の基礎とします。

計算公式は以下の通り：

第一類		被保険者	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{被扶養者数})$
		適用事業所、政府	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{平均被扶養者数})$
第二類、第三類		被保険者	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{被扶養者数})$
		政府	$\text{標準報酬月額} \times \text{保険料率} \times \text{負担比率} \times \text{実際の保険加入者数}$
第六類	恩給受給者、恩給受給者家族の世帯主	被保険者	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times \text{被扶養者数}$
		政府	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times \text{実際の保険加入者数}$
	地区住民	被保険者	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times (1 + \text{被扶養者数})$
		政府	$\text{平均保険料} \times \text{負担比率} \times \text{実際の保険加入者数}$

説明：

- 負担比率：「全民健保保険料負担比率」を参照。
- 2016年1月より保険料率は4.69%。
- 標準報酬月額：「全民健保保険料額表」を参照。
- 被扶養者数：3人を超える場合は3人として計算。
- 平均被扶養者数：2016年1月1日以降は0.61人とする。
- 2016年1月より第四類および第五類の平均保険料は1,759元とし、政府が全額補助。
- 2010年4月より、第六類地区人口の平均保険料は1,249元とし、自己負担60%、政府負担40%とする。よって1人あたりの毎月の納付保険料は749元。



### 全民健保保険料負担比率表

保険対象			負担比率 (%)		
			被保険者	適用事業所	政府
第一類	公務員	本人および被扶養者	30	70	0
	公職員、志願役軍人	本人および被扶養者	30	70	0
	私立学校の教職員	本人および被扶養者	30	35	35
	公、民営事業、機構 など一定の事業主を 持つ被雇用者	本人および被扶養者	30	60	10
	事業主	本人および被扶養者	100	0	0
	自営業者	本人および被扶養者	100	0	0
	専門職および技術者	本人および被扶養者	100	0	0
	個人事業主	本人および被扶養者	100	0	0
第二類	職業組合の組合員	本人および被扶養者	60	0	40
	外国籍の船員	本人および被扶養者	60	0	40
第三類	農業従事者、漁業従 事者、水利会会員	本人および被扶養者	30	0	70
第四類	義務役軍人	本人	0	0	100
	士官学校生、殉職者 遺族	本人	0	0	100
	替代役役男	本人	0	0	100
	服役中の受刑者	本人	0	0	100
第五類	低所得世帯	世帯員	0	0	100
第六類	恩給受給者、恩給受 給者遺族の世帯主	本人	0	0	100
		被扶養者	30	0	70
	地区人口	本人および被扶養者	60	0	40



## 全民健康保険料額表

組と区分	保険等級	保険料月額(元)	実際の報酬月額(元)	組と区分	保険等級	保険料月額(元)	実際の報酬月額(元)
第一組 区分 900 元	1	20,008	20,008 以下	第六組 区分 3,000 元	26	60,800	57,801-60,800
		20,100	20,009-20,100		27	63,800	60,801-63,800
		21,000	20,101-21,000		28	66,800	63,801-66,800
		21,900	21,001-21,900		29	69,800	66,801-69,800
		22,800	21,901-22,800		30	72,800	69,801-72,800
第二組 区分 1,200 元	2	24,000	22,801-24,000	第七組 区分 3,700 元	31	76,500	72,801-76,500
		25,200	24,001-25,200		32	80,200	76,501-80,200
		26,400	25,201-26,400		33	83,900	80,201-83,900
		27,600	26,401-27,600		34	87,600	83,901-87,600
		28,800	27,601-28,800		35	92,100	87,601-92,100
第三組 区分 1,500 元	3	30,300	28,801-30,300	第八組 区分 4,500 元	36	96,600	92,101-96,600
		31,800	30,301-31,800		37	101,100	96,601-101,100
		33,300	31,801-33,300		38	105,600	101,101-105,600
		34,800	33,301-34,800		39	110,100	105,601-110,100
		36,300	34,801-36,300		40	115,500	110,101-115,500
第四組 区分 1,900 元	4	38,200	36,301-38,200	第九組 区分 5,400 元	41	120,900	115,501-120,900
		40,100	38,201-40,100		42	126,300	120,901-126,300
		42,000	40,101-42,000		43	131,700	126,301-131,700
		43,900	42,001-43,900		44	137,100	131,701-137,100
		45,800	43,901-45,800		45	142,500	137,101-142,500
第五組 区分 2,400 元	5	48,200	45,801-48,200	第十組 区分 6,400 元	46	147,900	142,501-147,900
		50,600	48,201-50,600		47	150,000	147,901-150,000
		53,000	50,601-53,000		48	156,400	150,001-156,400
		55,400	53,001-55,400		49	162,800	156,401-162,800
		57,800	55,401-57,800		50	169,200	162,801-169,200
					51	175,600	169,201-175,600
					52	182,000	175,601 以上

注：第 47 級（含）以下は、労働者退職金の積み立て月額表によって定める。

2015 年 7 月 1 日発効

### 一般保険料の計算原則

1. 保険料は月ごとの計算を原則とします。そのため、資格取得の当月は、どの日に取得しても、当月分すべての保険料を健保署に納付する必要があります。
2. 転出の当月は、最後の一日に転出した方を除いて、転出した月の分は元の適用事業所で保険料を計算して収める必要はありません。
3. 当月の最後の一日に転出した方は、適用事業所からその月の給与を受け取っていないと特別に注記しない限り、発効日はいずれも翌月の1日とします。健保署は、元の適用事業所からあなたの当月分の保険料全額を徴収します(例：11月30日に転出の場合、発効日は12月1日で、元の適用事業所から11月分の保険料を徴収)。

### 一般保険料の計算実例

例1：張さんはA社に勤務しており、一か月の標準報酬は35,000円です。専業主婦の妻と、学校に通う子供が3人います。

説明：

1. 張さんの一家全員の保険はA社が手続きを行います。被扶養者は4人ですが、現行の健康保険保険料の計算では被扶養者数は3人が上限です。被扶養者1人は計算に含まれません。
2. 張さんの給与に基づき、張さんの標準報酬月額額は36,300円(保険料額表第15級)と認定されます。
3. 張さんが毎月自己負担する保険料：  
 $36,300 \text{ 円} \times 4.69\% \times 30\% (\text{金額は四捨五入}) \times (1+3) = 2,044 \text{ 円}$
4. A社が毎月張さんのために負担する保険料：  
 $36,300 \text{ 円} \times 4.69\% \times 60\% \times (1+0.61) (\text{金額は四捨五入}) = 1,645 \text{ 円}$

5. 政府が全民健康保険法の規定に基づいて毎月張さんに補助する保険料：

$$36,300 \text{ 元} \times 4.69\% \times 10\% \times (1+0.61) \text{ (金額は四捨五入)} = 274 \text{ 元}$$

注：

1. 説明 4 と 5 の計算式の 0.61 は、平均被扶養者数。
2. 2016 年 1 月より保険料率は 4.69%。

例 2：李さんと妻は本籍地の役所で保険をかけています。

説明：

1. 李さんが毎月自己負担する保険料：  
 $1,249 \text{ 元} \times 60\% \text{ (金額は四捨五入)} \times (1+1) = 1,498 \text{ 元}$
2. 政府が毎月李さんに補助する保険料：  
 $1,249 \text{ 元} \times 40\% \text{ (金額は四捨五入)} \times (1+1) = 1,000 \text{ 元}$

## 補充保険料

### 補充保険料の計算

1. 下記に挙げる 6 項目の所得や収入時では、補充保険料料率（2016 年 1 月より、1.91% に調整）に基づき、適用事業所が所得や収入に料率を掛け、源泉徴収し補充保険料を納付します。

項目	説明	所得税コード (前 2 桁)
年間累計が標準報酬月額 の 4 倍を超える賞与	被保険者の給与と所得のうち、標準報酬月額として計上されていない賞与（例：年末ボーナス、特別賞与、配当金など）の累計が当月の標準報酬月額の 4 倍を超える部分。	50
副業の報酬による所得	副業者（当機関の健康保険に加入していないものを指す）に給付される報酬所得。	50
業務執行所得	業務執行による収入（必要経費或いは原価を控除しない）。	9A 9B
株式による所得	企業が給付する株主配当金総額（配当金正味額 + 控除可能税額）。	54

項目	説明	所得税コード (前2桁)
利息所得	給付される公債、社債、金融債券、各種短期手形、預金、その他貸付金の利息。	5A
		5B
		5C
		52
賃貸所得	機関、団体、会社など、給付する賃貸料(減価償却および費用を控除しないもの)。	51

2. 補充保険料は源泉徴収方式を採用し、給付時に納付義務者が徴収します。各保険対象が徴収される補充保険料は、保険者ごとに個別に計算され合算されません。

### 補充保険料の計算実例

#### 【利息所得】

- ◎事例：傅さんはB銀行に多額の預金があり、そのうち3つは2016年6月20日に満期になります。支払われる利息は1,500円、25,000円、1,800円となり、B銀行が補充保険料を徴収することになります。
- ◎計算：補充保険料 = 25,000円 × 1.91%(金額は四捨五入) = 478円。
- ◎説明：異なる預金証書の利息金額については補充保険料を別々に計算します。1,500円および1,800円など2つの利息所得は控除下限20,000元に達しないため補充保険料の控除が免除されます。B銀行は2016年7月31日までに徴収した傅さんの補充保険料478円を健保署に納付します。

注：2016年1月により、補充保険料率は1.91%に調整。

#### 【賞与】

- ◎事例：王さんはコンピューターソフトウェア技師で、C社に勤務しており、標準報酬月額は月に15万円です。2016年2月に年末ボーナス45万円を受け取り、10

月までにさらに利益分配賞与 60 万円を受け取りました。

◎計算：補充保険料 = 450,000 円 × 1.91% = 8,595 円。

◎説明：王さんは 2 月分の累計の賞与 45 万が当月標準報酬月額  
の 4 倍である 60 万円 (150,000 円 × 4) を超えないため、補充保険料を徴収する必要がありません。10 月に受けとった利益分配賞与 60 万円を賞与累計すると 105 万円で、標準報酬月額の 4 倍を超える 45 万円 (105 万円 - 60 万円) となるので、C 社は 10 月分の賞与を給付する際、先に補充保険料 8,595 円を差し引きます。詳細な計算方法は次の表のとおりです。

給付日	賞与項目	当月標準報酬月額 (A)	4 倍の標準報酬月額 (B=A×4)	1 回の賞与金額 (C)	累計賞与金額 (D)	累計が標準報酬月額の 4 倍を超える賞与 (E=D-B)	補充保険料基礎 (F) Min(C,E)	補充保険料額 (G=F*1.91%)
2016/02/01	年末ボーナス	150,000	600,000	450,000	450,000	-150,000	0	0
2016/10/01	利益分配賞与	150,000	600,000	600,000	1,050,000	450,000	450,000	8,595
小計					1,050,000			8,595

注：2016 年 1 月により、補充保険料率は 1.91% に調整。



### 3. 個人の補充保険料の上限・下限の扱い<sup>注1</sup>

計算項目	下 限	上 限
通年の累計が当月の標準報酬月額額の4倍を超える賞与	なし	賞与の累計が当月の標準報酬月額額の4倍を超えた場合、超過分は1回1,000万円を限度とする。
副業の報酬による所得	1度に給付される金額が中央政府の労働主管機関が公告する基本給に達する給与所得	1回の給付は1,000万円を限度とする
株式による所得 <sup>注2</sup>	1回の給付は20,000元 <sup>注3</sup>	
利息による所得 <sup>注2</sup>	1. 雇用主または自営業者の加入者：保険料組み込み済みの計算部分を超過する1回の給付金額が20,000元 <sup>注3</sup> に達している。 2. 雇用主または自営業者でない加入者：1回の給付が20,000元 <sup>注3</sup> に達している。	1. 雇用主または自営業者の加入者：保険料組み込み済みの計算部分を超過する1回の給付金額は1,000万円を限度とする。 2. 雇用主または自営業者でない加入者：1回の給付は1,000万円を限度とする。
家賃収入 <sup>注2</sup>	1回の給付は20,000元 <sup>注3</sup>	1回の給付は1,000万円を限度とする
租金収入 <sup>注2</sup>	1回の給付は20,000元 <sup>注3</sup>	1回の給付は1,000万円を限度とする

注：

1. 個人補充保険料の計算所得または収入が下限に達した場合は、全額で補充保険料を計算する。上限を上回った場合は、上限金額で計算する。
2. 2015年1月1日より、中低所得世帯員、中低所得高齢者、生活保護を受ける児童および少年、心身障害生活保護受給者、特殊な家庭環境により保護を受ける者、全民健康保険法（以下「健保法」と略称）第100条に定める生活困窮者について、1回の給付額が中央政府の労働主管機関が公告する基本給（現在20,008元）に達しない業務執行所得、株式による所得、利息所得、賃貸所得は補充保険料が免除される。
3. 2016年1月1日以降の調整。

4. 以下の対象者は関連の証明書類により、補充保険料が免除されます。

免除対象	免除項目	証明書
保険資格を有さない	(1) 累計が当月の標準報酬月額 <sup>1</sup> の4倍を超える賞金	保険資格のない者が自主的に知らせた後、納付義務者は健保署に確認する。
全民健康保険第5類に該当する低所得世帯保険対象	(2) 非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得 (3) 業務執行所得 (4) 株式による所得 (5) 利息所得 (6) 賃貸所得	所得給付期間に行政機関の承認が有効期限内にある低所得世帯証明書。
第2類被保険者	非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得	所得給付期間に職業工が発行する保険証明や納付証明。
専門職および技術者が自ら開業や自営を行い、かつ職業工会の保険に加入している者(執行業務所得を標準報酬月額とする)	執行業務所得	所得給付期間： a. 専門職技術者として健康保険に加入した者：保険加入事業所が発行する保険証明。 b. 工会の健康保険加入者：職業工が発行する保険証明や納付証明。
児童および少年		身分証明書。
労働保険に加入し、給与が基本給に達しない心身障害者	非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得かつ、給付日が2013年1月1日から	所得給付期間に行政機関が発給した有効期限内にある心身障害手帳や証明および労働保険証明書
国内で就学する定職に就いていない専門学校、大学の学部生および修士、博士課程の大学院生	2014年8月31日の期間内で、1回の給付額が基本給に満たないもの	所得給付期間に学校の登録リストや登録項目に捺印された学生証および非専従作業申告書



第四章 健康保険の財源と保険料の計算

免除対象	免除項目	証明書
中低所得者	(1) 非所属の保険加入事業所より給付される報酬所得かつ、給付日が2013年1月1日から2014年8月31日の期間内で、1回の給付額が基本給に満たないもの	所得給付期間に行政機関の承認が有効期限内にある中低所得証明書。
健康保険法第100条に適合する経済的困難者		所得給付期間に保険者が発行した有効期限内にある経済的困難者証明書。
中低所得高齢者		所得給付期間に行政機関が作成した審査資格承認書。
心身障害者生活補助金を受領している者	(2) 給付日が2015年1月1日以降かつ、1回の給付額が基本給に達しない以下の所得	
生活保護を受ける児童および少年	1. 業務執行所得 2. 株式による所得 3. 利息所得 4. 賃貸所得	
特殊な家庭環境にあり保護を受ける者	給付日が2015年1月1日以降かつ、1回の給付額が基本給に達しない以下の所得 (一) 業務執行所得 (二) 株式による所得 (三) 利息所得 (四) 賃貸所得	

## 5. 事業主（適用事業所）の補充保険料

（適用事業所が毎月支給する給与所得総額 - 被雇用者の当月標準報酬月額）×1.91%

◎上限は設けられていません

◎雇用主が計算後、月に応じて一般保険料と合わせて納付します





## 第五章 健康保険料の納付

### 保険料の計算に疑問がある場合の問い合わせ先は？

健保署からご本人または会社へ送付される納付書（納入告知書）に、担当者の電話番号が印刷されています。保険料計算に疑問がございましたら、当該担当者までお電話でお問い合わせください。

### 保険料の納付は、互助と節税に

所得税法第17条の規定により、健康保険料の項目別控除は金額の制限を受けません。つまり、総合所得税の精算申告の際、項目別控除を選択した場合は、その保険料の項目別控除は2項目に分けることができます。

#### 1. 保険料支出

本人、配偶者および被扶養者となる直系親族がそれぞれ1年に納付する保険料（一般保険料と補助金を含む）、すべて控除額を申告することができ、金額の制限はありません。つまり、普段納付する保険料が多いほど、税金申告時の控除が多くなり、所得税の納付は当然少なくなります。

#### 2. その他の保険料支出

生命保険、傷害保険、年金保険、および労働保険、就業保

険、農業保険、軍人・公務員・教職員保険などの保険料支出は、いずれも1年間に申告できる控除額に上限金額の制限があります。

## 保険料納付証明書を申請するには？

総合所得税の申告時に、全民健保保険料および補充保険料はいずれも全額控除でき、上限が2万4,000元となっている保険料控除額の制限を受けません。現在各地区の国税局のウェブサイトにおいて健保料データをご確認いただけます。総合所得税電子精算申告ソフトウェアをご利用になる場合は、健保料金額を確認して控除申告するだけでよく、納付書を添付する必要はありません。

健保料納付証明書資料が必要な場合、以下の方法で関連資料を入手できます。

### 1. 一般保険料の納付証明書

企業（店舗）または組合（漁協、農協、水利会）で保険に加入している方は、ご自身で保険に加入している会社（店舗）または組合（漁協、農協、水利会）に保険料納付証明書を申請してください。

### 2. 補充保険料の納付証明書

補充保険料の徴収を受けた各機関に申請していただくと、建保署は保険料の徴収を行った機関が申告する徴収明細情報を収集した上で、4月以降に前年度の納付証明の確認を行います。その情報は同時に税務機関の情報プラットフォームにも提供され、総合所得税の申告時に項目別控除額としてご利用いただけます。

### 3. 4月末時点で健保料（補充保険料を含む）納付証明書を入手していない場合、5月の所得税申告期間に以下のいずれかの方法で発行申請を行うことができます。

(1) 自然人認証を使用し、各地区の国税局のウェブサイト

の総合所得税電子精算申告ソフトウェア、または健保署グローバル情報ネットの「オンライン申請および確認」作業ページ（健康保険カードも使用可能）において確認、ダウンロードできます。

- (2) 身分証の原本をお持ちになった上で、国税局の支局、徴収所、保険に加入している郷（鎮、市、区）役所、健保署分区業務組または連絡事務所までお越しいただき、確認、申請が行えます。
- (3) 自然人認証を使用してコンビニエンスストアのマルチメディア端末から前年度に納付した納付証明書をプリントアウトできます（毎年1～3月は納付証明書のファイル変換作業のため、ご利用いただけません）。

## 保険料の納め方

### 一般保険料

#### 1. 企業で加入の方

企業が報酬から直接控除し、健保署に代理納付します。

#### 2. 組合、農協、漁協で加入の方

自己負担の保険料を適用事業所に納付してください。適用事業所が健保署に代理納付します。

#### 3. 無職の方、郷（鎮、市、区）役所で加入の方

以下のいずれかの方法で納付してください。

##### (1) 金融機関での引き落とし

健保署が代理徴収を委託する金融機関で預金口座から毎月自動引き落としで納付できます。

##### (2) 窓口での納付

健保署から届いた納付書を持参して、健保署が代理徴収を委託する金融機関の窓口で納付できます。

##### (3) コンビニでの納付

健保署から届いた納付書を持参して、セブンイレブン、

ファミリーマート、Hi-Life、OKなどのコンビニエンスストアで納付できます(手数料は自己負担が必要で、納付金額は最高2万円まで)。

- (4) 現金自動預け払い機(ATM)での振り込み  
銀行間自動振り込みサービスのマークのある現金自動預け払い機(ATM)から振り込みで納付できます(銀行間手数料は自己負担)。
- (5) インターネットでの納付  
健保署のグローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw>、台湾銀行のウェブサイト <http://ebank.bot.com.tw>、全国納付ネット <http://ebill.ba.org.tw> にログインし、指示に従ってキャッシュカードで納付することができます(銀行間手数料は自己負担)。
- (6) モバイル納付  
全国納付ネット <http://ebill.ba.org.tw/> において身分証番号と銀行の口座番号を入力して納付できます(手数料は自己負担)。

銀行の預金口座からの自動引き落としによる納付をおすすめします。時間が節約され、保険料の未納による延滞金を徴収される恐れもなくなります。

## 取引銀行の預金口座自動引き落としを申し込むには

全民健康保険の払い込み取扱い金融機構で「新規(取消)委託口座自動振替全民健康保険料約定書」に記入します(最も近い月の保険料納付書または領収書のコピーを参考のため添付します)。ご利用になる金融機関の預金通帳、口座開設時に届出た印鑑、身分証を持参し、金融機関窓口で保険料口座自動引き落とし手続きを行ってください。委託口座振替手続き完了後、翌月分より、指定の口座から引き落とされます。



## 納付忘れや引き落とし口座の残高不足の場合は？

(「納付遅延」と「延滞金」の計算)

保険料の銀行預金口座自動引き落としを申請し、正式に開始されると、委託を受けた金融機関は毎月15日(保険料の納付猶予期日の満期)に引き落としを行います。口座残高が不足の場合、保険料の引き落としは行われず、健保署から納付書が送付されますので、必ず納付書を持参して別の方法で納付して下さい。そのため、毎月15日までに口座に十分な残高を確保し、納付が支障なく行われるようにしてください。

どの方法で納付しても、納付猶予期限(納付期限の翌月15日)を過ぎて保険料を納付する場合、健保署は猶予期限の翌日(納付期限の翌月16日)から納付完了の前日まで、1日ごとに納付保険料の1000分の1の割合で延滞金を課します。保険加入事業所及び納付義務者に課する延滞金は、納付する保険料の15%を限度とし、保険対象に課する延滞金は納付する保険料の5%を限度とします。

### 補充保険料

#### 被保険者

補充保険料の項目は源泉徴収方式となります。被保険者に当該所得を支給する事業所が給付の際に補充保険料率に応じて控除し、保険者に代理で納付します。例えば、講演料を受け取る場合、講演料を支給する事業所は補充保険料率に基づいて補充保険料を差し引いてから、被保険者に支給します。被保険者が手続きを行う必要はありません。

株式による所得は課税所得控除額の変動や株券の配当で現金不足の控除となる可能性があるため、補充保険料の追加納付が必要となります。納付義務者が給付時に控除していない補充保険料はすべて健保署が翌年個人より徴収します。納付書を受け取ったら、健保署が代理受け取りを委託している金融機関の窓口

で納付できます。さらにコンビニエンスストアや現金自動預け払い機（ATM）の振替払いやインターネットでも納付が可能です。

### 事業主

事業主の補充保険料は、毎月支給する報酬の総額と被雇用者の毎月の保険料額の総額との差額に従い、補充保険料率に基づいて計算と納付を行います。現行の規定で負担するとされる一般保険料と同じく、月ごとに納付するため、手間が増えることはありません。





## 第六章 健康保險による医療サービス

### 診察と転院

健康保険で受診すると、健康保険から診察の際の診療費用と薬品費用の大部分が給付され、被保険者はわずかな費用を支払うだけとなります(詳しい「外来一部負担金」と「薬品一部負担金」は、第七章を参照)。

#### 1. 診療所で診察を受け、必要な場合は病院に転院

各レベルの医療機関が最も適切なサービスを提供できるよう、事前にかかりつけの医師を選んでおくことをおすすめします。病気の際はまずその医師に診てもらいます。さらに詳しい検査、手術や入院の必要がある場合は、診療所から病院への転院制度(病院紹介制度)でサポートしてもらいます。

それにより、診療所の医師に完全な病歴を記録してもらい、専門の医療サービスを受けることができます。また、医師を探す時間と費用の手間が省けます。

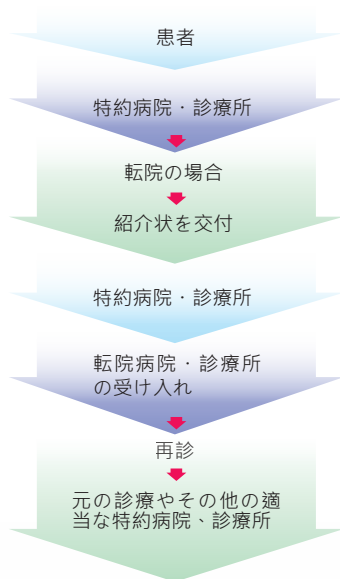
#### 2. 病院で受診して転院しない場合は、支払う費用が増加

2005年7月15日より、保険診療所で受診した場合、診察の基本部分の負担は50元のまま変わりません。医師が転院が必要だと診断した時、診療所の医師の紹介状を持参の

上、地区病院、区域病院、メディカルセンターでさらに進んだ治療を受けることができます。病院での診察による手術、緊急手術、入院患者の退院から1か月以内の最初の再診、および出産後の退院から6週間以内の最初の再診は、転院と見なされ、一部負担金を支払うだけとなります。転院をせず、地区病院、区域病院、メディカルセンターで直接受診した場合（歯科、漢方医を除く）、「外来一部負担金」は転院の場合により30、100、150元多くなります。病院で直接受診した場合の「薬品一部負担金」は、転院したか否かによる差はありません。

## 転院の手順

以下の手順を覚えておくと、転院がスムーズに行え、手間が省けます。



### 転院制度（病院紹介制度）

ステップ1：最寄りの保険診療所またはかかりつけの医師の診察を受け、医師による初期判断と治療を行います。

ステップ2：手術や検査、入院が必要な場合、医師が保険病院に転院してさらに治療を受けるよう指示します。医師は紹介状を交付し、転院の手配をします。これには診察日、診療科名、受け付けといった協力を含みます。

ステップ3：紹介状の診察日の通り、指定病院の転院サービスカウンターまたは窓口で紹介状を提出して検査を受けます。

ステップ4：病院が転院患者を受け入れたら、診察は3日以内、入院は退院から14日以内に処理状況、アドバイスまたは退院病歴概要を元の病院や診療所に通知します。病状に応じて、引き続き病院で治療を受ける場合も合わせて連絡します。

ステップ5：引き続き転院病院や診療所の治療を受ける必要がなく、治療のフォローが必要な患者は、元の診療所やその他の適当な保険病院、診療所に戻って治療を続けます。

注：

1. 転院作業は病院から診療所、診療所から病院または同レベルの転出、転入もすべて転院となります。
2. 健康保険の保険病院または診療所ではいずれも紹介状を発行できます。患者は紹介状を指定されたどのレベルの病院にも持参して受診することができ、1レベルずつ転院する必要はありません。

### 同一の治療プロセス

同一の診断で下記サービス項目を継続して治療する時は、同一の治療プロセスになります。

## 1. 一般医：初回治療日から

- (1) 2日以内での軽い傷口への薬交換。
- (2) 30日以内で6回以内の化学療法、薬物でない同じ種類の注射剤による注射。
- (3) 30日以内で6回以内のリハビリテーション治療。
- (4) 30日以内で6回以内の皮膚疾病光線療法、尿失禁電気刺激療法、骨盤底筋トレーニング。
- (5) 30日以内で6回以内の術後の抜糸。
- (6) 30日以内で6回以内の肺機能回復治療。
- (7) 翌月末前6回以内の9歳以下の児童のリハビリテーション治療。
- (8) 30日以内のガン放射線治療。
- (9) 30日以内の血液透析（腎臓透析）療法。
- (10) 30日以内の高圧酸素療法。
- (11) 30日以内の減感作療法。
- (12) 30日以内の訪問看護治療。
- (13) 30日以内の精神疾患社会復帰治療。
- (14) 30日以内の精神科の活動治療、職能療法、心理療法。

## 2. 歯科医：初回治療日から

- (1) 30日以内で6回以内の同じ歯の抜歯治療。
- (2) 30日以内で6回以内の同じ歯の成形（虫歯の補填）。
- (3) 30日以内で6回以内の同じ歯の治療性歯石除去。
- (4) 60日以内の同部位の根管治療。

## 3. 漢方医：初回治療日から

- (1) 30日以内で6回以内の同一診断の針灸治療。
- (2) 30日以内で6回以内の同一診断の脱臼整復療法。
- (3) 30日以内で6回以内の同一診断の傷科治療。

同一の治療プロセスでは、一回目の診療では一部負担金の支払いが必要ですが、治療期間に診察する二回目以降の一部負担金は免除されます（リハビリ物理治療や漢方の傷科治療を除く）。



診察時にリハビリ物理治療や漢方の傷科治療を行う場合は、同一の治療プロセスの2回目から、毎回50元の一部負担金を支払う必要があります(リハビリ物理治療「中度-複雑」および「複雑」治療を除く)。

治療の際には毎回健康保険カードを持参して、医療機関が受診記録を確認できるようにしてください。

#### 注意事項

1. 元の治療を受けていた医師が同一の治療プロセスを行いながら、別の診療サービスを提供した場合も受診回数は差し引かれません。
2. 診療の過程で、病状の変化によって予定の治療が続けられず、医師が診察をやりなおす場合は、同一の治療プロセスには含まれません。一般の受診手順に従って受付、受診、支払いをする必要があります。序掛號、就診與收費。

## 急診

急診時に行う処置、検査、薬の処方、健保署が大部分の費用を負担します。「急診時一部負担金」を支払ってください(急診時一部負担金の費用については、第七章を参照)。

## 入院

健康保険に加入されている方は、いずれも入院の必要がある場合、健康保険が大部分の「保険病床の病室費」と「入院費用」を給付するため、5% ~ 30%の入院時一部負担金を支払うだけで済みます(入院時一部負担金の詳細は第七章を参照)。

### 1. 病室費

「保険病床」とは、各病室の病床が三床(含む)以上及び介護病床、隔離病床といった特殊病床を指します。保険病床に入院した場合、病室費用は完全に健康保険から給付されます。保険病床に入院しなかった場合は、病室費の差額

を別途支払う必要があります。なお、病院の個室および2人部屋の病室費との差額は、当該病院の入院受付、ウェブサイト、病室看護ステーションの関連通知で確認できます。病室費の計算方法は入院の日から起算して、退院の日は算入しません。つまり「入院は含め、退院は含めない」となります。

## 2. 入院費用

入院費用には、入院期間中の検査、治療、処置または手術等の費用が含まれます。入院日数には上限はありませんが、病状に対して必要となる治療内容に応じて定められます。医師の判断で入院の必要はないとされながら、入院治療を希望する場合は、健康保険による給付はなく、自己負担で入院しなければなりません。また、一部の特殊な薬剤使用には給付の規定があり、医師による評価の後、病状が条件を満たす場合は健康保険から給付されます。

## 訪問看護

訪問看護は医師と看護師の協力により、患者の居宅で医療サービスを提供するものです。訪問、診療、治療材料の支給、一般の治療処理が含まれます。さらに呼吸器、消化器、泌尿器系の各種挿管と造設のケア、および検体の採取、ならびにご家族または介護者への看護指導も行います。

### 1. 申請するには

- (1) 入院患者で医師から訪問看護にふさわしいと評価された方は、該当病院の訪問看護部門で直接申し込みます。または、訪問看護部門がある別の医療機関あるいは看護機関で申請します。
- (2) 入院患者でなくとも、医師から訪問看護の条件を満たすと評価された方は、訪問看護部門がある別の医療機関あるいは看護機関に直接申請することができます。



### 訪問看護に当てはまる患者の評価基準

1. 患者が目覚めている時間のうち、ベッドやイスでの活動に制限されている割合が 50% 以上。
2. 明確な医療や看護サービス項目を受ける必要がある場合。
3. 慢性疾患で長期的な看護が必要な患者、退院後も看護の継続が必要な患者。

## 2. 健康保険関連の規定

- (1) 訪問看護は 30 日を同一の治療プロセスとし、毎月最初の訪問時に健康保険カードから受診回数が 1 回差し引かれます。
- (2) 訪問看護の回数は、原則として看護師は毎月 2 回、医師は 2 か月に 1 回とします。
- (3) 患者の一部負担金は、訪問ごとの実際の医療費用の 5%(一部負担金免除条件を満たす場合を除く)とします。
- (4) 訪問に伴う交通費は患者の負担とします。

## ターミナルケア

健康保険で提供される終末期緩和ケアには、入院ケア、在宅ケア(コミュニティケアを含む)、共同ケアの 3 種類があります。対象となるのは、各種がんの末期患者、筋萎縮性側索硬化症および 8 類重症末期患者です。8 類重症末期患者とは、「老年期および初老期器質性精神障害」、「その他の脳変性」、「心不全」、「慢性閉塞性肺疾患、他に分類できない物」、「その他の肺疾患」、「慢性肝疾患および肝硬変」、「急性腎不全、明確でない物」、「慢性腎不全および腎不全、明確ではない物」の重症末期患者を指します。

## サービス内容

### 1. 入院ケア

すべての病院に終末期病床が設置されてはいませんが、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> で検索できます。または、サービスを提供する保険医療機関について健保署の各分区業務組に電話で問い合わせてから、直接受診することもできます。専門医の診断で条件を満たすとされた場合、医師がターミナルケア病室を手配し、厳格な専門訓練を受けたチームがターミナルケア同意書についてや侵襲性医療を実施しないことなどの注意事項について詳しく説明します。

### 2. 在宅ケア(コミュニティケアを含む)

ご自身やご家族が自宅または自宅から近い看護施設でのケアを希望する場合、健保署では在宅ケアも提供しています。専門の医療看護チーム(甲類)が訪問し、一般診療処置、および末期患者とご家族の心理、社会、精神面のケアを提供します。2014年よりコミュニティ化の訪問看護(乙類)を追加し、「コミュニティケア」の医療スタッフ規定が緩和されたことで、基礎開業医も資格適合の機会が得られ、ケアサービスが地域に根付き、離島地域の市民の利益となることが期待されます。在宅の患者のため、医療機関では24時間専用ダイヤルサービスも提供しており、いつでも電話で看護に関する質問を問い合わせることができます。24時間ダイヤルは健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> で検索できます。

### 3. 共同ケア

すべての病院にターミナルケア用の病床が設置されていないことから、ターミナルケアを受ける患者で入院ケアができず、ターミナルケアが受けられない場合を考慮し、健保署では2011年4月から共同ケア試行プロジェクトを実施



しています。一般の急性期病床、療養型病床、呼吸器ケア病室などの特殊な病室に入院している患者および急診の患者にも、元の医療チームのスタッフが同じ病院の「共同ケア」医療チームと共同で看護サービスを提供します（共同ケアチームはターミナルケアを提供、元の医療チームは引き続き入院看護を提供）。

## 健康保険のファミリードクタートータルケア

同一地区の5軒以上の基礎診療所と当該地区の病院が提携し、共同で「コミュニティ医療グループ」を結成してチームワークでコミュニティ住民をケアするものです。

### サービス内容

1. 「コミュニティ医療グループ」には24時間の医療問い合わせ専用ダイヤルが設置されており、いつでも質問に答えてくれます。また、持続性のある完備されたケアを提供します。
2. 健康管理と衛生教育を提供し、健康増進の正しい知識を身につけてもらいます。また、疾病検査やワクチン注射を強化し、セルフケア能力を増進させます。
3. 病院でさらに検査、処置、その他の専門医の紹介が必要な場合は、ファミリードクターも提携病院と連絡を取って転院と入院をサポートし、病歴も提携病院に送られます。提携病院でも転院と診察の結果をただちに診療所へ回答します。ファミリードクターの協力により、「正しい医師に、正しく見てもらう」ことができ、不必要な検査や投薬、病床を待つ時間が省け、大病院でいつまでも待たされる心配もなくなります。
4. 病状が安定したら、病院のサポートで元のファミリードクターの診療所に戻ってケアを続けることができ、受診も便利になります。

「ファミリドクタートータルケアプロジェクト」の実施方法  
健保署では皆様の前年の西洋医学基礎診察の受診行為を分析し、基礎ケアに最適な保険対象を見つけ出すとともに、最もひんぱんに受診する診療所をメインケア診療所と見なします。前述の保険診療所が本プロジェクトに参加すると、健保署からコミュニティ医療グループの保険診療所にリストが交付されて健康管理サービスが提供されます。

最寄りの「コミュニティ医療グループ」の保険診療所のお問い合わせは、健康保険フリーダイヤル 0800-030-598 まで。健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> でも検索できます。

## 医療給付改善プラン

「予防は治療に勝る」と言いますが、ほとんどの病気は生じたばかりのころに検査で早期発見して治療できれば、よくなる確率が大幅に増加します。また、慢性病や長期治療が必要な病気の中には、医師の指示に従って適時服薬し、しっかりコントロールすれば、健康な人と同様の生活を送ることができるものもあります。

健保署では「民衆のために健康を購入する」という理念に基づき、よくある病気を選んで総合的な「医療給付改善プラン」を立案しています。これは適切なインセンティブを与えることで、医療機関が患者に完備されたケアを持続的に提供できるようにするものです。さらに、医療の質と効率を費用支給の根拠とし、健康の購入を実現するという画期的なプランとなっています。

### サービス内容

現在取り扱っている「医療給付改善プラン」の病気には、糖尿病、初期慢性腎臓病、ぜんそく、慢性 B 型および C 型肝炎ウ



イルスのキャリア、乳がんおよび統合失調症などのプランが含まれます。病院では患者が医師を探すというこれまでのやり方を改め、個別の疾病管理で主体的に患者をサポートするようになりました。患者とともに治療計画を作成し、患者に時間どおり服薬させ、病状を追跡し、患者の回診時間を知らせるなどしています。

#### 参加するには

健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> で検索できます。または、健保署の各分区業務組に「医療給付改善プラン」に参加している病院について電話で問い合わせれば、直接または転院で受診することができます。

医師の診断により、このプランに定める病気であることが確定した場合は、申請の必要はありません。専門の医療チームが病状を把握して、完全な治療計画を策定します。完全な治療と今後の追跡のため、同じ医療機関で継続して受診されることをおすすめします。



## 第七章 健康保険で受診するには

---

受診時は「健康保険カード」を忘れずに

受診、薬の受け取り、検査に関わらず、いずれも「健康保険カード」を持参すれば、健康保険で診察を受けることができます。ただし、登録料と一部負担金は支払う必要があります。

健康保険カードを忘れた場合は、医療費が全額自己負担になります。ただし、10日以内（休日を含まない）に健康保険カードと領収書を受診した診療所や病院に持参すれば、診療所や病院で納付済みの登録料と一部負担金を控除した残りの費用が還付されます。

受診後は「処方箋」（指示書）を忘れずに

処方箋は「指示書」とも呼ばれます。健保署の規定に基づき、医師は診察に責任を負うとともに、服用する薬を決定します。さらに、薬剤師は医師の処方に基づいて調剤し、薬を渡す際に服薬で注意する事項を説明します。

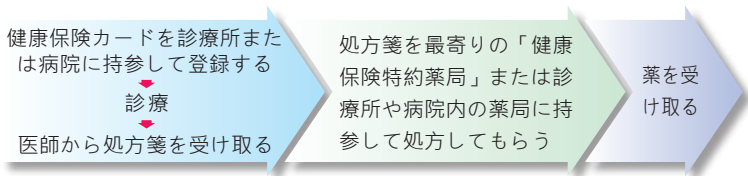
そのため、受診が終わったら、医師が治療に必要な薬品、用法、使用量を処方箋に書いて渡してくれます。受診から3日以内（3日を過ぎた処方箋は無効）に処方箋と健康保険カードを持って

「健康保険特約薬局（保険調剤薬局）」で薬を受け取ってください。（受診した診療所や病院に有資格の薬剤師が所属する場合は、処方箋を持って診療所や病院の薬局で薬をもらうことができます。）

処方箋には次の内容が含まれています。

1. 患者の氏名、年齢（生年月日）。
2. 病状の診断、処方した医師の署名（または捺印）。
3. 診療所または病院の名称、住所、電話番号。
4. 薬品の名称、薬の形状、薬品の数量、含有量、服用の指示（服用の期間または時間等の服用の際の注意事項）。
5. 処方箋の発行日、連続処方の指示（その処方箋で連続して薬を受領できる回数と毎回の投与日数）。

### 受診の流れ



注：登録料は医療機関が徴収する事務費用となります。健康保険法の規定に基づき、登録料は健康保険の給付項目ではなく、健保署が徴収するものでもありません。不明な点は、最寄りの地方衛生局までお問い合わせください。

### 一般処方箋の使用規定

医師は1回につき7日分の薬を処方することを原則とします。慢性病と診断された場合、医師は1回につき最大30日分の薬を処方することができます。(慢性病の連続処方箋については、第九章を参照)

処方箋で処方された薬品が薬局になく、医師もその薬でなければならぬと注記していない場合、薬剤師は最初の処方よりも価格が「高くない」薬品で、成分、薬の形状、含有量が同じ別ブランドの薬品に代替できます。ただし、この代替薬品は健康保険の給付が適用される薬でなければなりません。

### 転院受診の規定

保険病院や診療所で人員、設備、専門能力が限られ、完全な治療ができない場合は、治療できる別の医療機関への転院(病院紹介制度)でサポートします。ただし、病状が急を要する場合は、保険医療機関が適当な緊急処置を施してから、転院しなければなりません。また、転院による治療の後、病状が安定してきてその医療機関で治療を受け続ける必要がない場合は、保険医療機関が元の機関または別の適当な保険医療機関への転院をサポートし、追跡治療を続けられるようにします。

上述の転院に当てはまる場合、ファミリードクターまたは保険医療機関の転院受付が適当な転院受診を手配します。それには受診日や診療科の決定、登録のサポートも含まれ、小さな病院から大きな病院へと段階を踏んで転院を繰り返す必要はありません。医師が紹介状を発行する際は、転院先の医師と連絡を密に取ることが推奨されます。このような転院制度は双方の意思疎通と専門医療の手配によるため、転院書に記載の保険病院や診療所、診療科で受診しなければ、医師は最適なケアを提供できません。

特別な理由により、紹介状に記載された受診日に受診できない

場合は、転院を受け入れる保険医療機関の転院受付に問い合わせれば、受診日を改めて手配してもらえます。(転院受診の方法については、第六章を参照)

## 一部負担金

保険診療所や病院で受診の際は、全民健康保険が負担する医療費用のほかに、自分でも一部の費用を負担する必要があります。これが「一部負担金」です。こうした規定は主に医療リソースの大切さを呼びかけるためのものです。病気の方を助けるためのものであり、医療リソースを必要なところに用い、決して無駄にしないためのものです。

大まかには、一般的な受診で支払う一部負担金には、外来一部負担金と薬品一部負担金があります。診察時にリハビリ物理治療や漢方の傷科治療を受ける場合は、「リハビリ(漢方医の傷科治療を含む)一部負担金」を支払う必要があります。入院が手配された場合は、退院の際に「入院時一部負担金」を支払う必要があります。

### 1. 外来一部負担金

種類	基本一部負担金				
	一般医学受診		急診	歯科	漢方医
病院レベル	紹介	紹介なし			
メディカルセンター	210 円	360 円	450 円	50 円	50 円
区域病院	140 円	240 円	300 円	50 円	50 円
地区病院	50 円	80 円	150 円	50 円	50 円
診療所	50 円	50 円	150 円	50 円	50 円

注：

- 『心身障害者証明書』をお持ちの方は、病院レベルを問わず、受診時の外来一部負担金がいずれも診療所と同じ 50 円となります。
- 手術後、緊急手術後または入院患者の退院から 1 か月以内の外来の受診、および出産後の退院から 6 週間以内の最初の受診は、転院と見なされ、病院から証明書が発行されます。

## 2. 薬品一部負担金

薬価	一部負担金	薬価	一部負担金
100 元以下	0 円	601 ~ 700 円	120 円
101 ~ 200 円	20 円	701 ~ 800 円	140 円
201 ~ 300 円	40 円	801 ~ 900 円	160 円
301 ~ 400 円	60 円	901 ~ 1,000 円	180 円
401 ~ 500 円	80 円	1,001 元以上	200 円
501 ~ 600 円	100 円		

## 3. リハビリ (漢方医の傷科治療を含む) 一部負担金

診察時に理学療法や漢方の傷科治療を受ける場合は、同一の療養の 2 回目から、毎回 50 元の一部負担金を支払う必要があります (リハビリ物理治療「中度 - 複雑」および「複雑」治療を除く)。

## 4. 入院時一部負担金

健康保険特約病院に入院した場合、急性、慢性病室の種類および入院日数に応じて、その入院の全額に対する一定の比率の費用を負担します。これが入院時一部負担金で、その負担比率は以下のとおりです。

病室	一部負担比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病室	--	30 日以内	31-60 日	61 日以上
慢性病室	30 日以内	31-90 日	91-180 日	181 日以上

注：同一の疾病によって、急性病室に 30 日以内の入院をした場合、または慢性病室に 180 日以内の入院をした場合は、支払う一部負担金に自己負担限度額が規定されています。例えば、2015 年 1 月 1 日から 2015 年 12 月 31 日の期間、同一の疾病で急性病室に 30 日以内の入院をした場合、または慢性病室に 180 日以内の入院をした場合は、1 回の入院の一部負担金限度額は 33,000 円となり、年間の入院の一部負担金上限は 56,000 円となります。年間の一部負担金上限の超過分は、翌年 6 月 30 日に還付を申請できます。(注：健保署が毎年その年の入院時一部負担金の上限を公布します)

### 還付の申請

1. 全民健康保険自己負担医療費還付申請書に記入の上、医療費領収書の正本と費用明細書を添付し、最初に治療を受けた医療機関の所在地の健保署分区業務組に提出して申請します。
2. 申請書は健保署各分区業務組の窓口またはグローバル情報ネットで入手できます。アドレス：<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民眾/自墊醫療費用核退/自墊醫療費用核退簡介/全民健康保險醫療費用核退申請書。

### 一部負担金が免除される場合

1. すべての一部負担金が免除される方
  - (1) 重大な傷病、分娩および山地や離島地区で受診する方。
  - (2) 離島地区の病院や診療所から台湾本島に転院した受診または急診の方。
  - (3) 健康保険カードに「榮」と記載されている恩給受給者、恩給受給者遺族の世帯主の方。
  - (4) 低所得世帯。
  - (5) 3歳以下の子供。
  - (6) 結核患者と認定され、指定の特約病院で受診する方。
  - (7) 労働災害で受診される労働保険の被保険者。
  - (8) PCB中毒の油症患者。
  - (9) 100歳以上の方。
  - (10) 服役期間に兵役身分証明書を持つ代替役の男性(一般代替役の男性および第一段階、第二段階の研究開発代替役の男性を含む)。

## 2. 薬品一部負担金が免除される方

- (1) 「慢性病連続処方箋」で調剤(28日以上)の場合(衛生福利部の定める慢性病は高血圧や糖尿病など100種類に及びます。グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> で検索してください)。
- (2) 歯科の医療サービスを受ける方。
- (3) 全民健保医療サービス給付項目および全民健康保険医療費支払基準で規定される「病例別報酬計算項目」のサービスを受ける方。

## 3. リハビリ一部負担金が免除される方

- (1) 実施するリハビリ物理治療が「中度 - 複雑治療」の場合。すなわち、実施する中度治療項目が3項目以上で、合計時間が50分を上回る場合。筋肉電気刺激など14項目。
- (2) 実施するリハビリ物理治療が「複雑治療」で、治療専門スタッフが自ら実施する必要がある場合。バランス訓練など7項目。リハビリ科の医師の処方に限る。

## 4. 医療資源の欠乏する地区で受診、急診、訪問看護サービスを受ける場合、一部負担金の20%が減免されます。(健保署では年に一度医療資源の欠乏する地区を公表)

## 支払領収書、医療費項目明細書と薬品明細書

受診後または退院時には、必ず診療所や病院から「支払い領収書」、「医療費項目明細書」と「薬品明細書」を受け取り、大切に保管しておいてください。

### 1. 支払領収書

「支払領収書」の明細には、「健康保険申告項目」および「自己負担費用項目」の2項目の費用と健康保険カードの受診番号が含まれます。個人総合所得税を申告する際は、

この領収書を控除額に含め、証拠とします。健康保険カードの受診番号でその年の受診回数があり、健康保険カードの盗用を防止できます。

一部の診療所や病院で個別に出される「支払領収書」は「医療費用項目明細書」と合わせて同じ用紙に印刷されることがあります。

## 2. 医療費項目明細書

「医療費項目明細書」の内容には、受診時の自己負担金額（登録料と一部負担金およびその他の自己負担項目を含む）、健康保険請求点数（それぞれの費用点数には、診察費、診療費、薬剤費、薬事サービス費を含む）などの項目が含まれます。一般医学のリハビリ治療または漢方医の傷科治療を受けた場合は、「医療費項目明細書」に治療項目も含まれます。

この明細書があれば、受診した診療所や病院に支払った自己負担費用の項目と金額が正しいかどうかを確認することができます。また、受診時に健保署が支出した点数もわかります。

## 3. 薬品明細書

「薬品明細書」の内容には、受診者の氏名、性別、薬品名、薬品の含有量と数量、用法と用量、調剤場所（医療機関または薬局）の名称、住所、電話番号、調剤者の氏名、調剤（または交付）日、警告などのデータが含まれます。これらの情報は薬事法の規定により、薬袋に印刷しなければならず、薬袋に表示できない場合は薬品明細書を添えなければなりません。

薬品明細書により、服用する薬品と服用の仕方がわかります。異なる科の医師による診察が必要な際は、その医師が参考にします。

## 患者の自己負担が必要な場合は、医師が事前に告知

医師が「健康保険非給付項目」の医療行為を行う場合は、必ず事前に告知し、同意を得なければ実施できません。

医療費明細書にある「自己負担項目」の関連費用について、不明な点がある場合は、病院にお問い合わせください。医療機関に詳細をお問い合わせいただくか、健保署のお問い合わせフリーダイヤル 0800-030-598 までお電話ください。

全民健康保険法第 51 条の規定に基づき、以下の項目の費用は健康保険給付の範囲ではありません。

1. その他の法令に基づき、各レベルの政府が費用を負担すべき医療サービス項目。
2. 予防接種およびその他各レベルの政府が費用を負担する医療サービス項目。
3. 薬物依存症（アルコール、ニコチンを含む）治療、美容外科手術、非外傷治療性の歯列矯正、予防性手術、人工生殖技術、性転換手術。
4. 市販薬、医師や薬剤師の指示する薬品。
5. 医師、特別看護師および看護師の指定料。
6. 血液。ただし緊急の傷病で医師の診断により輸血の必要があると判断された場合を除く。。
7. 人体試験。
8. 日中の入院。ただし精神疾患のケアを除く。
9. 経管栄養法以外の食事、病室費の差額。
10. 患者の交通、登録、証明書類。
11. 義歯、義眼、眼鏡、補聴器、車椅子、杖およびその他積極的な治療性のない装具。
12. その他、保険者が定め、健康保険会の審議を経て、管轄機関の承認を受けて公告された診療サービスおよび薬物・特殊材料自付差額。



## 特殊材料の自己負担差額

1. 健康保険では特殊材料の自己負担差額品目を緩和し、受診時の選択をより多く提供しています。

健保署が現在給付している特殊材料は、十分に供給されており、一定の効果を収めています。また、医療用品の性能は日々新しく改善されています。さらに、健保署は皆さんの経済的な負担を軽減するため、現行品目の機能の一部を改善しました。しかし、価格が高く、健康保険の給付に含まれない特殊材料は、自己負担の差額をお願いすることで、受診時により多くの選択肢が選べるサービスを提供しています。

### (1) 新型心臓ペースメーカー

1995年8月3日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される心臓ペースメーカー（電極、リードを含む）は、微弱な電流を流して心臓に刺激を与えて心拍数を調整し、心機能の維持および心臓の収縮を行います。しかし、「新型心臓ペースメーカー」はより優れた信号検出機能を備えており、心機能への適合性を高め、患者の長期臨床的ニーズにより即したものとなっています。ですが、この心臓ペースメーカーにも禁忌症などがあり、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。

「新型心臓ペースメーカー」の使用を希望する場合、健保署では心臓ペースメーカーの適応症の方に対し、「心臓ペースメーカー」の価格に基づいて給付します。差額は患者の負担となります。

### (2) 薬剤溶出または特殊カバードスtent

2006年12月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される一般の血管内スtentも使用に耐えますが、「薬剤溶出または特殊

カバードステント」とは一般の血管内ステントに薬を塗布または特殊コーティングを施し、血管の再狭窄の確率を下げるものです。なお、禁忌や副作用があるため、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。

「薬剤溶出または特殊カバードステント」の使用を希望する場合、健保署では血管内ステントの適応症の方に対し、「一般の血管内ステント」の価格に基づいて給付します。差額分は患者の負担となります。

### (3) 特殊な材質の人工股関節

セラミックの人工股関節及びメタルオンメタルの人工股関節を含み、それぞれ2007年1月1日および2008年5月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で給付される人工股関節の人工骨頭は、チタン合金やクロム合金の金属製で、臼蓋側のライナーは耐久性の高い高分子ポリエチレンで、磨耗率がかなり低くなっています。慎重に使用すれば、ほぼ人工関節の置換手術を再度行う必要がなくなります。

「セラミックの人工股関節」または「メタルオンメタルの人工股関節」の使用を希望する場合、健保署では「従来的人工股関節」の使用規定を満たす方に対し、「従来的人工股関節」の価格に基づいて給付します。差額分は患者の負担となります。なお、禁忌や副作用があるため、専門医の詳細な評価を受ける必要があります。

### (4) 特殊機能の人工水晶体

2007年10月1日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。健康保険で規定する白内障手術の利用規範を満たす方が使用する「一般機能の人工水晶体」は、健康保険の給付対象となります。合成樹脂 (PMMA)、

シリコン (Silicone) またはアクリル (Acrylic) 製で、手術で挿入すると、長期的な安定性に優れ、すでに 90% 以上の白内障患者が利用しています。「特殊機能の人工水晶体」には適応症と禁忌症があるため、すべての白内障患者に適用されるわけではありません。

患者が白内障手術の利用規範を満たす場合、医師の詳細な説明を受けて十分に理解した後、「特殊機能の人工水晶体」の使用を希望する際は、健保署が「一般機能の人工水晶体」の価格に基づいて給付します。超過分は患者の自己負担となります。

(5) 耐久性生物組織心臓弁膜

2014 年 6 月 1 日より自己負担差額品目としての取り扱いを開始。現在健康保険で使用している人工心臓弁膜は、すでに多くの患者に十分提供されています。新たに追加された機能カテゴリーである耐久性生物組織心臓弁膜は、生物弁膜の一種に属し、従来の生物組織心臓弁膜と比較すると、抗石灰化技術、生物組織固定方式、弁膜ステントの材質、埋め込み方法の設計または使用限界年数等、全て大幅に進歩した設計とデータ証明を有しています。しかし、耐久性生物組織心臓弁膜にも禁忌と副作用があるため、専門の医師による詳細な評価により、最良の治療および処置を決定する必要があります。

人工心臓弁膜を使用した置換手術を必要とする場合、まず医師の詳細な説明を受けて十分な理解を得ます。その上で、高額な自己負担差額カテゴリーに分類される「耐久性生物組織弁膜」の使用を希望する時、健保署は従来の生物組織心臓弁膜の支給金額に基づき給付し、超過分は患者の自己負担となります。

(6) 圧可変式脳室腹腔シャント手術

2015 年 6 月 1 日より自己負担差額品目としての取り

扱いを開始。現在健康保険で給付される一般の脳室腹腔シャント手術は圧固定バルブであり、病状が安定している患者に対しては良好な予後効果が得られ、多くの患者に施されています。ですが、不安定な状態にあり、後に変化する可能性がある患者（例：正常圧水頭症、外傷性疾患、小児疾患など）に対しては、圧力設定を変更し、再手術が必要となる可能性があります。

「圧可変式脳室腹腔シャント手術」は再手術の必要がなく、体外から直接圧力を調整できますが、専門医の詳細な評価によって、最善の治療と処置を行う必要があります。

脳室腹腔シャント手術が必要で、医師の詳細な説明を受けて十分に理解した後、圧可変式脳室腹腔シャント手術を希望する場合は、健保署が一般の脳室腹腔シャント手術の価格に基づいて給付します。超過分は患者の自己負担となります。

2. 患者が十分な情報を得られるよう、保健医療サービス機構が患者に自己負担差額品の使用を提案する際、情報を公開し、十分な告知を行った上で、同意書を得るように、健保署は規定しています。

医療機関が保険対象に自己負担差額の特殊素材を提供する場合、広く一般に十分な情報を提供するため、以下の二段階の手順を通じて告知しなければなりません。

### ◎ 第一段階

- (1) 手術または処置の2日前（緊急時を除く）に、医師は保険対象者あるいは家族に説明書を渡すと同時に十分な説明を行わなければなりません。医師および保健対象者あるいは家族はそれぞれ2部一式の説明書に署名し、1部は保険対象者または家族が保管し、残りの1部はカルテとともに保管します。

- (2) 説明書の記載事項：自己負担差額特殊素材品目の費用と製品特性および使用理由、注意事項、副作用、健康保険給付品目との治療効果の比較。

### ◎第二段階

- (1) 保険対象者またはその家族は関連の医療情報を入手後、別途医療サービス機構によるその料金徴収について説明を受け、十分に考える時間を与えられなければなりません。その上で更に2部一式の同意書にサインをし、1部は保険対象者が保管し、残りの1部はカルテとともに保管します。
- (2) 同意書の記載事項：自己負担差額品目の名称および品目コード、医療器材許可証番号、単価、数量、患者自己負担金額など。

医療機関は領収書を発行して保険対象者または家族に提供しなければなりません。また、自己負担差額品目の名称、品目コード、単価、数量、自己負担総額を記載した明細表を添付する必要があります。

自己負担差額品目の追加、取り消しまたは料金徴収基準の変更について、医療機関は健保署の規定に基づき、健康保険情報ネットワークサービス（VPN）に登録し、健保署のグローバル情報ネットに公布し、広く検索を行える状態にしなければなりません。健保署のグローバル情報ネットのトップページにて「自己負担医療器材費用比較サイト」で各医療機関の料金徴収状況が検索可能で、さらに医療器材許可証の該当品目適応症、禁忌症、副作用および注意事項等にもアクセスできます。

## ご意見やお問い合わせ

受診の際、保険医療機関が上記の規定に従っていない場合は、以下の方法でお知らせください。

1. フリーダイヤル 0800-030-598 で、担当者がただちに対応します。
2. 健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> のお問い合わせメール。
3. 健保署の各分区業務組または連絡事務所へ連絡。

## 争議審議の申請

健保署が裁定している下記事項で不服がある場合は、健保署より承認文書が届いた翌日から 60 日以内に衛生福利部全民健康保険争議審議委員会に争議審議の申請を行うことができます。

1. 保険対象資格および保険加入手続き
2. 標準報酬月額 of 査定事項
3. 保険料、滞納金、罰金事項
4. 保険給付事項
5. その他保険権益関連事項

衛生福利部全民健康保険争議審議会の連絡先は以下の通りです。

住所：11558 台北市南港区忠孝東路 6 段 488 号

URL：<http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB>

業務内容		電話番号	
権益争議事項	保険対象および適用事業所の保険料、補充保険料、保険加入資格、保険給付、重大疾病の証明発行に関する事項、健康保険医療サービス機構の健康保険特約事項およびその他権益に関する案件	(02)8590-7222	
医療費用審議事項	争議審議の受理作業	(一) 書面申請、歯科	(02)8590-7163
		(二) メディア申請、事前審査	(02)8590-7162



## 第八章 健康保険カードの機能、更新と保管および申請

健保署では、2004年1月1日から健康保険カードを全面的に導入しています。カードに所有者の写真がある場合、受診時に医療機関で身分証を提出して確認する必要がありません。カードのチップには直近6回の受診データが記録でき、重大な傷病、重要検査や服薬などのデータが含まれ、皆様の健康を守り、受診時の保障が受けられるようになっています。

### 健康保険カードの機能

#### 1. 各受診記録の登録

健康保険カードは全民健康保険の受診証明となり、各受診記録はいずれも健康保険カードに登録されます。

#### 2. 重要検査、薬品処方 of 登録

健康保険カードには服薬および検査項目も登録されます。医師が診療する際、医師カードと併用することで、これまでの服薬と検査項目を確認でき、服薬や検査の重複が避けられ、受診時の安全が保障されます。医療の質を向上させるとともに、医療の無駄を省くことができます。

### 3. 重大傷病の登録

重大な傷病は健康保険カードに直接登録されています。患者が該当の重大傷病で受診する際に健康保険カードを携帯していれば、一部負担金が免除されます。

重大傷病の証明を申請して認可された保険対象は、受診の際、健康保険カードに重大な傷病のデータが記録されていない場合、診療所や病院で更新してもらうことができます。または、カードリーダーの設置場所（健保署の各分区業務組または郷、鎮、市、区役所）で健康保険カードの重大傷病の登録を自分で更新することもできます。

### 4. ドナーまたはターミナルケアの登録

「中華民国ドナー協会」または「財団法人移植ドナー登録センター」、「台湾ターミナルケア協会」で用紙に記入すると、上述の組織から資料が衛生福利部に送られます。さらに、衛生福利部から健保署に転送されてデータベースに登録され、健康保険カードを更新する際、健康保険カードに書き込まれます。これにより、医療スタッフはすみやかにドナーまたはターミナルケアの意思を確認することができます。

### 5. 健康保険カードチェックシステムを利用して、適切な加入と納付を

現在健康保険に加入していない場合、または保険料を滞納している場合は、健康保険で受診することはできません。健康保険カードの6回の受診回数を使い果たした場合、またはカードの有効期限が過ぎた場合は、その健康保険カードの更新や入院の手続きはできません。受診の権利を確保するため、すみやかに適切な加入と納付を行ってください。

### 6. 健康保険カード申請登録のオンラインサービス

健保署では、グローバル情報ネットに「個人健保データネットワークサービス作業」のページを開設し、各種保険業務について「自然人認証」を利用したオンライン申請を受



第八章

健康保険カードの機能、更新と保管および申請

け付けています。2015年2月4日からは「健康保険カード」オンライン申請登録サービス、各種健康保険業務に関する検索や申請をご利用いただけます。

## 健康保険カードの更新

以下の状況が生じた場合、カードの更新手続きを行ってください。

### 1. 受診回数を使いきった場合

健康保険カードは、カードデータを更新するたびに利用可能な受診回数が6回になります。ただし、受診の必要性が高い保険対象については、受診回数が多く与えられ、6歳未満の子供は18回、70歳以上の方は12回となります。受診回数を使いきった場合は、健康保険カードを更新しなければ引きつづき診察を受けることはできません。

### 2. カードの有効期限が過ぎた場合

健康保険カードには使用の有効期限が設定されています。有効期限内に健康保険カードを確実に更新できるようにするため、有効期限は誕生日の前日に設定されています。毎年誕生日の30日前からカードリーダーの設置された場所で健康保険カードを更新することができます。あるいは当該期間中に受診の際、保険診療所や病院でカードを更新してくれます。

### 3. 資格を変更した場合

低所得世帯または無職の恩給受給者に変更した場合も健保署の各分区業務組や受診する診療所、病院など、カードリーダーの設置された場所で健康保険カードを更新する必要があります。これにより一部負担金が免除されます。

### 4. カードの更新場所

受診回数を使いきった場合、通常は診療所または病院で登録の際に健康保険カードリーダーを利用して、更新してくれます。また、健保署の各分区業務組、連絡事務所、郷(鎮、

市、区) 役所の健康保険カードリーダーから自分で更新することもできます。

## 健康保険カードで個人の受診データが流出するのでは？

1. 健康保険カードには厳密なカードデータの保護が設計されています。保険医療機関のカードリーダーは、健保署が提供する「セキュリティモジュールカード」を取り付けなければ作動しないようになっています。厳格な権限および相互認証システムにより(例えば、医師は「医師カード」を使用しなければ、重大傷病や受診時の処方箋などの個人情報にアクセスができません)、誰もがむやみにデータにアクセスできないようになっています。そのため、個人の受診データが流出する恐れはありません。
2. 健康保険カードを有効にするパスワード機能も利用できません(新規カードのデフォルトはパスワード無効)。パスワードを設定すると、カードリーダーやセキュリティモジュールでも、正確なパスワードを入力しなければ、カードのデータを読み取ることはできません。
3. パスワードは健保署の各聯合サービスセンター、連絡事務所および各郷(鎮、市、区)役所の専用カードリーダーで設定、変更及び解除できます。パスワードを忘れた場合は、0800-030-598 へお問い合わせ頂き、パスワードの設定を解除してください。

## 健康保険カードの保管

健康保険カードの表面のデータやチップが磨耗すると、健康保険カードは正常に読み取れなくなります。そのため、特に注意してください。

1. カードを折り曲げたり、チップを引っかいたり押さえつけたりしてチップが破損しないようにする。

2. 水洗いや水に浸さない。アルコール、溶剤、消しゴムでチップをこすらない。鋭利なものと一緒に保管しない。カードを酸やアルカリが強い腐食性のある環境に置かない。
3. チップは電気や火、高温を避け、テレビやパソコンなど磁力の強い環境に置かない。

## 健康保険カードの有効期限は？

健康保険カードの耐用年数は長く、転職しても再発行する必要はありません。健康保険カードを適切に保管してください。

## 健康保険カードの破損、紛失、姓名変更、写真交換などの手続きは？

### 1. 窓口申請・受領

ご自身で手続きを行う場合は、健保署の各連合サービスセンターまたは連絡事務所に身分証明書の原本、2インチの写真1枚、作成費200元をお持ちになり申請してください。代理人を通じて窓口で手続きを行う場合は、申請者と代理人の身分証明書の原本を提示していただき、窓口の担当者が確認を行います。

### 健康保険カードの窓口申請・受領場所

業務拠点	住所	電話番号
署本部	台北市大安区信義路3段140号 地下1階(8:30~12:30、13:30~17:30)	(02)2706-5866
台北業務組	台北市中正区公園路15-1号5階 台北市中山区中山北路1段7号 宜蘭縣羅東鎮站前北路11号	(02)2191-2006
北区業務組	桃園市中壢区中山東路3段525号 桃園市桃園区介寿路11-4号	(03)433-9111
中区業務組	台中市西屯区市政北一路66号	(04)2258-3988
南区業務組	台南市中西区公園路96号 雲林県斗六市莊敬路395号	(06)224-5678

業務拠点	住所	電話番号
高屏業務組	高雄市三民区九如二路 157 号 高雄市前金区中正四路 259 号 澎湖県馬公市西文里西文澳 63-40 号 屏東県屏東市広東路 1518 号	(07)323-3123
東区業務組	花蓮県花蓮市軒轅路 36 号 台東県台東市四維路 3 段 146 号	(03)833-2111

注：2016 年より健保署はその他各県市の連絡事務所において健康保険カードの窓口申請の受付を開始します。業務開始時期に関する詳細は、健保署グローバル情報ネットにてご確認ください。

## 2. 郵便局における代理受付

「健康保険カード申請表」に記入し、申請表の表面に 2 インチの写真、裏面に身分証明書のコピーを貼り、作成費 200 元を添えて窓口の職員に提出してください。およそ 7 業務日で新しいカードを受け取ることができます。「健康保険カード申請表」は郵便局または健保署グローバル情報ネットで入手できます。

各地の郵便局の営業時間および場所については、中華郵政のウェブサイト <http://www.post.gov.tw> でご確認ください。

## 3. オンライン申請

インターネット上で申請を行う場合は以下の方法で手続きを行ってください（破損、紛失、写真の変更による健康保険カードの再発行申請に限ります）。



申請プラットフォーム	マルチ認証オンライン保険引き受け作業プラットフォーム	個人健保データネットワークサービス作業	玉山銀行ウェブサイト
URL	<a href="https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/login.aspx">https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/login.aspx</a>	<a href="https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx">https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx</a>	<a href="https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/">https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/</a>
申請に必要な物	組織認証および責任者の自然認証	自然人認証または健康保険カード	玉山銀行のICキャッシュカード
申請できる方	適用事業所内で保険に加入しているすべての保険対象	自然人認証または健康保険カード保有者本人とその家族	ICキャッシュカード保有者本人

注：オンライン申請では、インターネットバンキングを利用した振り込みで作成費をお支払いいただけます。また、ダウンロードした払込票を使ってスーパーマーケットや金融機関で作成費をお支払いいただくこともできます。お支払いに必要な手数料や健康保険カードのオンライン申請の操作方法については、健保署グローバル情報ネット [www.nhi.gov.tw/](http://www.nhi.gov.tw/) 内の健康保険カードの申請および確認のページでご確認いただけます。

#### 4. 戸籍事務機関による代理手続き

身分証の紛失や基本情報（身分証番号、氏名、生年月日）の変更の手続きと同時に各地の戸政事務所で健康保険カードを申請できます。戸政事務所で身分証の申請を行う際にあわせて健康保険カードの申請を行い、払込票を利用して支払いを済ませると、約7業務日で健康保険カードを受領できます。ただし、身分証を受領していない国民が基本情報を変更する場合は写真のない健康保険カードのみ申請可能です。

#### 5. 郷（鎮、市、区）役所での申請

健康保険カードを紛失、破損した場合に最寄りの役所で申請できます。身分証の原本、写真ディスクを持って郷（鎮、市、区）役所で申請を行い、払込用紙を利用して支払いを済ませると、約7業務日でカードを受領できます。代理人を通じて窓口で手続きを行う場合は、申請者と代理人の身分証明書の原本を提示していただき、窓口の担当者が確認を行います。

## 健康保険カードの外観に異常はないが、使用できない場合は？

1. カードのチップ部分の表面、裏面の錆び、傷、剥離の有無および細部や突起部などの状態を確認し、「健康保険カード申請表」のその他事由に、「読み取り不能（破損なし）カードの交換手続き」と記入してください。
2. 身分証のコピー、2インチの写真、古いカードを添えて本署まで郵送するか、身分証の原本を持って直接本署の各業務組で手続きを行ってください。
3. 代理人を通じて窓口で手続きを行う場合は、申請者と代理人の身分証明書の原本の提示をお願いします（身分証を受領していない14歳以下の方は戸籍名簿の原本をお持ちください）。

### 注意事項：

1. 新たなカードに換える時、交換するカードの作成費200円が必要です。新しいカードを申請し終えたと同時に健保署は旧健康保険カードを自動的に抹消するため、旧カードは再度使用できなくなります。
2. 新カードの申請時にカード上に写真を載せるか否かを選択できます。写真を載せる場合は「健康保険カード受け取り申請表」上に2年間以内の2インチ、正面、無帽、半身で、色付きレンズのメガネをかけていない写真を1枚貼ります。写真を載せない場合は受診時に身分証明書を必ず持参し、保険医療機関の確認に備えてください。
3. 健康保険カードの交換で再発行申請しており、カードを取得していない期間に急ぎ受診することが必要になった場合、14日以内のカード交換再発行作成費納付の証明（例：健康保険カード申請の領収書）を持参して、保険医療機関で「例外受診名簿」に記入すると健康保険加入者として受診することができます。



## 第九章 特殊な傷病患者の医療権益

### 慢性病患者（慢性病連続処方箋）

保険医の診断で疾病が「衛生福利部公告の慢性病」とされ、病状が安定していて時間どおりに服薬すれば病状を管理できる場合は、医師から「慢性病連続処方箋」が処方され、受診費用が節約できます。慢性病の適用範囲については、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> において一般民衆 / 健保医療サービス / 慢性病連続処方箋の順にリンクをたどり、ご確認ください。

「慢性病連続処方箋」の使用期限は、当該処方箋の薬剤支給日数で計算し、最大 90 日です。通常は 3 回に分けて薬をもらい、1 回あたり最多で 30 日分受け取ることができます。薬を受け取る際、病院、診療所或いは調剤薬局では健康保険カードを確認しますが、受診回数は加算されません。カードにはお受け取りになった「慢性病連続処方箋」の薬が登録されるだけで、毎回薬の受け取りが 28 日を越えると、薬品一部負担金も免除されます。

長期の服薬が必要な慢性病の方で、行動が不自由な場合は医師の認定または受託人が宣誓書を提出します。出航して遠洋漁業や国際航路の航空機や船舶にいる場合は、受託人が委任状を提

出します。提出します。また、健保署により認められた特殊な事情（疾患の感じられない精神病など）により、自分で受診できない場合は、同じ薬剤のみを継続して受け取り、他者に委任して受診した医師に病状を説明します。医師は専門知識に基づいて判断し、病状を確実に把握してから、同じ薬剤を処方します。

「慢性病連続処方箋」は医療費の節約になりますが、「一般処方箋」または「慢性病連続処方箋」のどちらが適用されるかは、医師の判断が必要です。疾病が衛生福利部公告の慢性病であっても、病状が不安定な場合は、診療所や病院でこまめに受診する必要があり、「慢性病連続処方箋」の使用には適しません。

#### 慢性病連続処方箋の注意事項

1. 服薬の中断を避けるため、薬品を使いきる 10 日前から薬を受けとれます。毎年旧正月の春節期間中も、長期の連休となるため、薬品の使用を中断させないよう、事前に薬をもらうことができます。
2. 「慢性病連続処方箋」を持って受診した診療所や病院、または保険調剤薬局へ行って薬をもらいます。所在地に保険調剤薬局がなく、受診した保険診療所や病院でも薬をもらうことができない場合は、最寄りのその他の保険病院や衛生所で薬がもらえます。
3. 出国（出国が 2 か月を超える予定）、離島地区への渡航、遠洋漁船の船員の出航または国際航路の乗員の出航の予定がある場合、あるいは希少疾病の患者の場合は、薬をもらう際に関連証明書か宣誓書があれば、慢性病連続処方箋の総支給量を一度に受け取ることができます（この際全部の薬の量は 3 か月を限度とします）。



4. 「慢性病連続処方箋」の薬品を服用している期間中、気分が悪くなったりした場合は、ただちに元の保険診療所や病院で受診してください。また、元の処方箋を持参して主治医と相談してください。なお、処方箋の薬は必ず医師に知らせ、医師が知らずに同様の薬を処方することがないようにして、安全な服薬ができるようにしてください。
5. 「慢性病連続処方箋」を紛失した場合は、元の保険診療所や病院で改めて受診してください。薬を受け取り済みで、同じ薬を重複して受け取る場合は、薬代を自己負担していただきます。

## 重大傷病の患者

患者の傷病が医師の診断で衛生福利部公告の重大疾病項目に含まれると確定された場合、関連資料を提出して申請し、資格を満たす場合は重大傷病証明書が発行されます。認定されたデータが健康保険カードに登録され、患者が重大傷病証明書の有効期限内に医療機関で受診する際、重大傷病証明書に記載の傷病である場合、または医師が重大傷病に関する治療であると認定した場合は、診察および入院ともに一部負担金の支払いが免除されます。

重大傷病以外の疾病については、一般の手順に従って受診し、一部負担金を支払う必要があります。

重大傷病の範囲と申請方法については、健保署のウェブサイトを確認してください。<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民眾/健保醫療服務/重大傷病專區查詢。

## 労働災害の患者

健康保険のほか、労働保険にも加入している場合、労働災害で

健康保険の保険診療所や病院で受診する際は、一部負担金が免除となり、入院時の30日以内の半数の食費も労働保険で負担されます。

### 労働災害の定義

1. 職務の遂行により発生した傷害。
2. 従業員労働保険職業病種類表および労働保険職業病種類に追加された適用職業範囲、職場で発生した職業病。
3. 出退勤の途中で発生した事故による傷害。正しい出退勤の時間と経路であると確認でき、重大な交通規則の違反がない場合。

注：1. 労働災害事故の発生は「労働保険被保険者の職務遂行による傷病の審査準則」の規定に従うこと。

2. 出退勤の経路：日常の居住地から就業場所までに必ず通る経路。

### 受診時に持参する書類

1. 労働保険職業傷病医療表（労働保険職業傷病問診表、あるいは労働保険職業傷病入院申請書）。

2. 健康保険カード。

注：

1. 「労働保険職業傷病医療表」は労働保険局のグローバル情報ネットまたは各地の事務所で入手でき、適用事業所の捺印を受けた後、受診に使用できます。詳細は労働保険局のウェブサイト <http://www.bli.gov.tw> をご覧ください。
2. 1枚の「労働保険職業傷病票」で、同一の診療所または病院で同一の傷病に限り、6回まで使用できます。
3. 「労働保険職業傷病問診票」を持参せずに受診した場合、衛生福利部が職業病診療資格を有すると認定した医師または地区の大学病院以上の病院の専門医による診断で、労働災害と確認された場合にのみ、同様に一部負担金が免除されます。



受診時に「労働保険職業傷病医療表」を持参せず、一部負担金をすでに支払った場合はどうすれば？

1. 受診の日から10日以内（休日を含まない）あるいは退院前に受診した診療所または病院に「労働保険職業疾病医療表」を提出します。診療所あるいは病院から支払い済みの一部負担金が還付されます。
2. 受診日から10日以内または退院前に労働保険労災医療所表を提出し、受診治療当日（或いは退院日）から6カ月以内（2012年12月21日から、特別な原因がある場合は5年以内）は、以下の書類を労働保険局に郵送し、支払い済みの一部負担金の払い戻しを申請します。
  - (1) 労働保険労働災害支払い済み医療費還付申請書。
  - (2) 労働保険職業傷病問診表または入院申請書（上述のとおり、還付申請書は適用事業所の捺印による証明がある場合は不要）。
  - (3) 医療費の領収書原本および費用明細。領収書原本と費用明細を紛失または他の用途に利用した場合、それらを発行した医療機関が捺印した証明書と原本の内容と一致する写しを提出する必要があります。
  - (4) 診断書または証明書類。

注：「労働保険労働災害支払い済み医療費還付申請書」は労働保険局および各地オフィスにて受け取ることができます。また、労働保険局のグローバル情報ネットからもダウンロードできます。

1. 労働保険局グローバル情報ネット：<http://www.bli.gov.tw/> 労災労働者 / 労災医療給付 / 範例及び書類のダウンロード / 労働保険労働災害支払い済み医療費還付申請書。
2. 労働保険局の住所：10013 台北市羅斯福路1段4号。電話番号：(02)2396-1266

## 希少疾病の患者

希少疾病も重大傷病項目に含まれます。医師の診断で確認し、国民健康署へ確診が通報されると、重大疾病証明の申請が可能で、該当疾病に関連する保険治療は一部負担金が免除されます。オーファンドラッグまたは希少疾病用薬に対しては、健康保険はいずれも「用途指定」方式で給付し、希少疾病患者が適切な保険治療を受けられるようにしています。

希少疾病患者は保険医療機関で受診でき、臨床医の診断により処置と薬品の処方を行います。また、関連薬品の保険給付規定を参考に処理します。

必要な薬品のうち、薬品許可証が出されておらず、衛生福利部が輸入（または製造）に同意して「希少疾病防止および薬物法」が適用された薬品は、健保署の審査を経て使用しなければなりません。関連する申告の方法および手順は、健保署のグローバル情報ネット/ファイルダウンロード/用薬品目の中の、「希少疾病用薬の全民健康保険給付申請作業の方法と手順」、「健康保険用薬で『希少疾病防止および薬物法』が適用された品目」を参考にしてください。



## 第十章 受診が困難な方へのサポート

### 政府による健康保険料の補助

一部の方は保険料に政府の補助が受けられます。補助額とその適用を受けられる方は以下の通りです。

#### 1. 全額の補助が受けられる方

- (1) 低所得世帯。
- (2) 中低所得世帯の 18 歳未満の児童および少年。
- (3) 中低所得世帯の 70 歳以上の国民。
- (4) 「地区人口」として、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所で保険に加入し(無職)、満 55 歳以上および 20 歳未満の先住民族の方。
- (5) 蘭嶼に籍を置き、「地区人口」(無職)または「労働組合、農協、漁協などの会員」または「被扶養者」として保険に加入している先住民族の方。
- (6) 極度または重度の心身障害を持つ方。
- (7) 失業中の被保険者およびその失業に伴って転出した被扶養者(補助を受ける方は第 6 類第 2 目の地区人口として加入の方、および第 1 類、第 2 類、第 3 類の被扶養者として加入の方に限ります)は、失業給付または

職業訓練生活補助期間中の健康保険料が補助されます。

- (8) 台南市に籍を置き、満 65 歳以上で軽度、中度の心身障害を持つ方。
- (9) 台北市の先住民族の方 (満 20 歳 ~ 満 55 歳で台北市に籍を置き、実際に 6 か月以上居住している方は、自己都合ではない失業、急な経済的困難または類似の特殊な状況で健康保険が中断した場合、台北市政府原住民事務委員会の審査に通過すると、毎年 1 人最大 3 か月の自己負担健康保険料が補助されます)。
- (10) 離島地区に籍を置いて満 1 年の 65 歳以上の高齢者。

## 2. 1/2 の補助が受けられる方

- (1) 社会救助法に定める中低所得世帯。
- (2) 中度の心身障害を持つ方。

## 3. 1/4 の補助が受けられる方

軽度の心身障害を持つ方。

## 4. 補助の上限を地区人口の保険料とし、2016 年 1 月により、749 元に調整

- (1) 台北市、桃園市、高雄市に満 1 年以上籍を置く 65 歳以上の高齢者 (税率が 20% に満たない方)。この他、高雄市に満 1 年以上籍を置く 65 の高齢者且つ税率が 20% に達している方は、補助上限を現在は 659 元とします。
- (2) 台北市、桃園市に満 1 年以上籍を置く 55 歳以上の先住民の方 (税率が 20% に達していない方)。
- (3) 新北市、新竹市、新竹県、台中市、彰化県、雲林県、嘉義市、台南市、宜蘭県、台東県、花蓮県または澎湖県に 1 年以上籍を置く 65 ~ 69 歳の中低所得の高齢者。
- (4) 桃園市の 100 歳以上の高齢者。
- (5) 台南市中石化污染安南区の住民 (2005 年 6 月 30 日以前に顯宮、鹿耳、四草に籍を設けた方) および經濟部登録の従業員。

- (6) 台中市に満1年以上籍を置く65歳以上の高齢者または55歳以上の先住民族の方(税率が5%に満たない方)。
- (7) 高雄市に満1年以上籍を置く軽度、中度の身心障害を持つ方(税率が20%に満たない方)。
- (8) 基隆市に満3年以上籍を置く65歳以上の高齢者または55歳以上の先住民族の方。
- (9) 澎湖県の6歳以下の幼児またはがん患者。

以上の各補助対象は、健保署に申請を提出する必要がありません。健保署では、各補助部門から提供された資料に基づき、補助する保険料を差し引いて徴収します。補助を受ける資格がありながら、保険料が補助を受けていないなどの問題がある場合は、関連の補助部門で確認してください。(各レベルの政府が扱う保険対象の健康保険料補助項目については、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> のトップページにアクセスし、画面左側の「一般民衆」で「経済弱者のサポート」をクリックしてから「各レベルの政府が扱う保険対象の健康保険料補助項目の一覧表」をクリックして確認してください)。

一時的に保険料や一部負担金が支払えない場合は、臨時の経済的困難により保険料や一部負担の医療費が支払えない場合、健保署では以下の方法でサポートします。

### 1. 救済基金の貸付

- (1) 申請条件: 「全民健康保険経済困難認定標準」を満たし、戸籍のある郷(鎮、市、区)役所に認定された方。
- (2) 申請方法: 身分証、印鑑(自ら手続きができない場合、代理人の国民身分証、印鑑の確認が必要で、かつ代理人は成人であること)および「全民健康保険経済困難認定標準」に一致する認定書(貸付申請者本人の家族全員の戸籍名簿、経済困難資格条件、直近年度の所得及び財産等の証明)を持参して下さい。自己負担の医

療費の貸付を申し込む場合は、保険医療機関から発行された請求書を添え、健保署の各分区業務組に提出して申請し、申請が通過すると、貸付書の約定に従って分割返済できます。

## 2. 社会福祉団体からの保険料補助

- (1) 申請条件：戸籍のある郷（鎮、市、区）役所で「地区人口」として加入し、保険料が支払えない方。
- (2) 申請方法：戸口名簿または戸籍謄本、および村里長が発行した貧困証明書（または医師の診断で仕事ができず生計に影響する場合は病院の診断書を添付）を持参して、所属の健保署の各分区業務および連絡事務所に提出して申請します。申請が通過すると、社会福祉団体から保険料の補助が受けられます。





### 3. 保険料の分割納付

#### (1) 申請条件

- ① 救済基金の貸付の申請資格に満たないものの、経済的困難から未納が1回あるか、或いは特殊な状況が発生し、納付遅延保険料(延滞金を含む)が2,000元以上の場合、戸籍所在地の村、里長が発行した保険料が1回納付できない証明、または給与所得などの証明書を提出して理由を説明すれば、健保署の各分区業務組の承認手続きを経て分割返済できます。
- ② 被保険者の保険料が行政執行に移送され、行政執行署の管轄区域分署の職員が分割返済に同意した場合。

- (2) 申請方法：身分証、印鑑(自ら手続きができない場合、代理人の国民身分証、印鑑の確認が必要で、かつ代理人は成人であること)を持参し、最寄りの健保署の各分区業務組または連絡事務所に提出して申請します。申請の際に1期目の支払いを済ませます。ただし、未納分が行政執行署の管轄区域分署に移送されている場合は、分割納付を申請し、行政執行機関の同意が必要になります。(お問い合わせは健保署の各分区業務と連絡事務所まで。電話番号、住所は付録をご覧ください)

経済的困難または経済的特殊困難の資格条件に含まれる状況

1. 社会救済法により中低所得世帯と認定され、かつ郷(鎮、市、区)役所発行の証明を取得。
2. 主に家計を負担する方が以下のいずれかの状況で、保険料が納付できない場合。
  - (1) 死後2年未満。
  - (2) 行方不明から6か月以上で、捜索願の届出から2年未満。
  - (3) 障害者証明書を所有。
  - (4) 重大傷病または長期療養が必要で働けない。
  - (5) 妊娠6か月以上または分娩から2か月以内。
  - (6) 兵役または代替役で、期間が6か月以上残っている。
  - (7) 服役中で、期間が6か月以上残っている。
  - (8) 失業から6か月以上。
3. 家族の一員が以下のいずれかの状況で、保険料が納付できない場合。
  - (1) 配偶者または共同生活の肉親が重大傷病。
  - (2) 母子または父子家庭で、未成年の子女を単独で扶養する必要がある。
  - (3) 息子とその妻が両方死亡または息子が死亡してその妻が再婚したことにより、未成年の孫を単独で扶養する必要がある。

さらに詳細な規定は、健保署のグローバル情報ネットでダウンロードできます。URL：<http://www.nhi.gov.tw/> 経済弱勢協助措施紓困基金貸款。または無料の電話サービス 0800-030-598 までお問い合わせください。



#### 4. 医療保障措置

- (1) 申請条件：保険料が納付できない方は、滞納納付遅延期間中であっても、病院の医師から入院、急診または緊急な重症で診療が必要と診断され、村里長または受診する保険医療機関から貧困証明書が発行された場合は、健康保険で受診することができます。
- (2) 申請方法：健康保険料が納付できない旨を記した村里長の発行した貧困証明書を持参し、受診する医療機関に提出して申請します。または、受診する医療機関が確認して貧困証明書を発行すれば、健康保険で適切な医療を受けることができます。保険料を滞納した場合がありますら、健保署の各分区業務組に対応をお問い合わせください。

#### 弱者への配慮

2013年1月の改正全民健康保険法が施行されて以来、本署では全民健康保険法第37条の立法趣旨に基づき、経済的な能力がありながら保険料を納付していない場合には、給付の一時拒否（ロック）を行い、速やかに未納保険料の処理を行うよう指導しています。反対に、健康保険料を納付できない方には、未納と受診を切り離して処理し、前述の各種給付を引き続き提供して、健康保険による權益を保障しています。分割納付あるいは政府による保険料補助に応じた方や特殊な状況にある場合（20歳以下、特殊な家庭環境にあり補助を受ける方、妊婦の方）はロックを行いません。ですが、支払い能力がありながら保険料を滞納している場合には、本署は未納分の処理を行うよう強く指導します。家庭環境あるいは経済状況の急変を理由とする場合にはロックを解除して保険診療を保障し、必要な医療を受けられるようにしています。

## 特定患者の受診時の一部負担金の軽減

1. 「障害者証明書」をお持ちの方は、受診する病院のレベルを問わず、受診時の基本一部負担金が診療所レベルの50円となり、一般の方(80-360円)よりも低くなります。
2. がん、慢性の精神疾患、人工透析、希少疾病および先天性疾病などで重大傷病証明書をお持ちの方は、該当する疾病で受診する際の一部負担金が免除されます。また、希少疾病患者の權益を保障するため、衛生福利部公告の希少疾病に必要な薬品は、すべて健康保険が全額支払い、受診に伴う経済負担を実質的に軽減させます。

## 社会的弱者のアルバイト収入から控除する補充保険料の下限を引き上げ

やむを得ず副業、アルバイトをせざるを得ない方を考慮し、弱者を保護するため、補充保険料制度実施初期(2013年1月1日から2014年8月31日まで)に、少年、中低所得世帯、中低所得の高齢者、障害者生活補助費受給者、または労働保険の保険加入給与が中央労働者主管機関の公布する最低賃金に満たない障害者、国内の在学中で定職のない学生および健康保険法第100条が定める経済困難者などの対象者は、非所属の適用事業所が給付する給与所得(アルバイト収入)の1次給付金額が最低賃金に満たない場合、補充保険料の控除が免除されます。

家計の事情により副業を必要とする低所得被雇用者について、経済的負担の重さを考慮し、2014年9月1日より衛生福利部は非所属の適用事業所が給付する給与所得の補充保険料控除の水準を一律最低賃金まで引き上げています。

2015年1月1日より、中低所得世帯員、中低所得高齢者、生活保護を受ける児童および少年、心身障害生活保護受給者、特殊な家庭環境により保護を受ける方、全民健康保険法第100条に定める生活困窮者について、1回の給付額が中央政府の労働主管機関が公告する基本給に達しない業務執行所得、株式による



所得、利息所得、賃貸所得の方は補充保険料が免除されます。

## 医療リソースの欠乏する地区改善プラン

### サービス内容

健保署では、医療資源が欠乏している地域で、医療資源の欠乏する地区改善プランを実施しています。「地域責任」の精神に基づき、漢方医、一般医、歯科医が医療資源の不足する地区で住民が受診できるように医療サービスを提供することを奨励しています。

### 提供するサービスを知るには

医療機関が提供する僻地医療サービスの場所や時間帯は、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw/> で確認できます。または、健保署の各分区業務組に電話して、保険医療機関が提供する僻地医療サービスをお問い合わせください。近くで受診することができます。





## 第十一章 健康保険クラウド薬歴システム

### 「健康保険クラウド薬歴システム」とは？

台湾は医療機関の数が多く、その密度も高いため、常に決まった医療機関で診療を受けない限り、個人の服薬データがさまざまな医療機関に散在してしまいます。それにより病院間での重複服薬が生じやすく、薬物の過剰摂取や望ましくない薬物の組み合わせが生じる恐れがあります。

このような事態を避けるため、医師ならびに薬剤師による服薬管理を強化し、健保署では2013年7月にクラウド技術を活用して患者を主体とする「健康保険クラウド薬歴システム」を立ち上げ、健康保険医療サービス機構の医師に臨床処置、処方箋発行情報を提供し、薬剤師が服薬情報を照会した場合は、患者の過去3カ月の服薬記録（処方元、主な診断結果、薬品の薬理作用、成分名、薬品の健保コード、薬品名、薬品の基準量、薬品の用法・用量、患者の受診日、慢性病連続処方箋の薬品受領日、薬品用量、投薬日数、残薬日数の試算などのデータ）をその場で確認できるようにしました。

このシステムでは健康保険医療サービス機構によって許可された医療従事者が、専用の読み取り機（認証チップを含む）を使

い、医療従事者カードと患者の健康保険カードの2枚のカードで認証を行うことで健康保険クラウド薬歴システム情報にアクセスできます。また、医療従事者は医療関連法令の制限を受け、医療業務中に知り得た患者の情報に対して守秘義務を負っています。

## 「健康保険クラウド薬歴システム」による服薬の安全確保

「健康保険クラウド薬歴システム」の導入により、医師は診察時に患者が直近に服用した、あるいは服用中の薬品を把握できるようになりました。処方箋を発行する際にその時点で服用中の薬物を確認できるため、重複使用や相互作用の問題を避けることができ、服薬の安全と品質が向上しています。その他、積極的に患者へ配慮できるため、医者と患者の関係が改善されます。診察を促す際に、積極的に医師または薬剤師に最近の服薬データを知らせることで、あるいは付き添いの家族が医師に患者の過去の服薬記録を知らせることで、医師と患者の双方が服薬の安全を重視し、医師の薬の処方がより周到なものになり、患者、医師、健保のすべてにプラスとなります。

2015年7月31日現在、台湾のすべての病院で健康保険クラウド薬歴システムへの接続が完了しており、診療所、薬局、在宅介護機関といった合計15,108施設の健康保険医療機関において検索可能な状態になっています。





## 第十二章 自己負担医療費の還付

下記の状況が当てはまる場合、申請期限内に関連の書類を用意して健保署の各分区業務組に申請すれば、健保署から審査の結果に応じて医療費が還付されます。

1. 緊急的な状況により、保険診療所または病院に行けず、最寄りの保険契約をしていない診療所や病院で急診した場合。あるいは外国に滞在中で、急な傷病や出産により、現地の病院や診療所で診察を受ける必要があった場合。
2. 給付の一時停止期間中に保険診療所または病院で受診し、当該機関の保険料など関連費用を納付済みの場合。
3. 保険診療所または病院で受診し、自分に責任のない事由から（例：非居住地での受診、保険料追納期間、退院後に認定された重大傷病、低所得世帯、恩給受給者、肺結核、障害者手帳をお持ちの方、かつ受診時に証明書を未提出の場合）、医療費を自己負担することになり、保険医療機関の払い戻し期限内（受診日から10日以内、休診日を除く）または退院前に健康保険カードおよび身分証明書を提出しなかった場合。
4. 年間累計で、救急病室に30日以内、または慢性病室で180日以内の入院一部負担が法定の上限を越える方。

5. 入院期間中に重大傷病を申請した保険対象について、退院後に認定された方で、支払い済みの一部負担、かつ医療機関の払い戻し期限内（受診日から10日以内、休日を除く）である場合。

## 申請期限

1. 診察、急診を受けた当日、あるいは退院した日から6カ月以内。すなわち、診察または急診を受けたその日を1日目、退院の場合は退院日の翌日を1日目とし、そこから6カ月以内。ただし、航海中の船員は、帰国入国した日から6カ月以内。
2. 一時給付停止期間に医師にかかった場合、かつすでに該当機関の保険料を納付済みの方は、申請期限は保険料精算日から6カ月以内（直近5年以内の未払い期間の医療費申請が可能）。
3. 国内外を問わずこの期限であり、期限を超過した場合は払い戻しが申請できないため、ご注意ください。
4. 年間の入院一部負担金が法定の上限を越える方は、翌年6月30日以前とします。
5. 入院期間中に重大傷病の申請を行った保険対象について、退院後に認定された方は、退院の日から6カ月以内に申請を行ってください。

## 請求に添付する書類

1. 全民健康保険自己負担医療費還付申請書  
以下のいずれかの方法で申請書が入手できます。
  - (1) 最寄りの健保署の各分区業務組、または連絡事務所の受付で直接受け取る。
  - (2) 健保署グローバル情報ネットからダウンロード。URL：  
<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民眾 / 自墊醫療費用核退 / 自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單 / 全民健康保險

自墊醫療費用核退申請書。

- (3) 健保署グローバル情報ネットにログインし、申請情報を入力後申請書をプリントアウト。URL:<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民眾 / 自墊醫療費用核退 / 自墊醫療費用核退線上登打作業系統。

## 2. 医療費領収書の正本、費用明細

医療費領収書の正本や費用明細を紛失した場合、あるいは、その他の用途で正本資料を使ってしまった場合は、受診した国内の診療所や病院でコピーすることができますが、診療所または病院の印および「正本と同様」という印を押したものでなければいけません。国外で医師にかかった場合で、領収書のコピーに印を押してもらうことが困難な場合は、病院に戻って印を押してもらう必要はありません。その他、国内外を問わず、提供する領収書が正本ではない場合、正本を提出できない理由を明記した「医療費用の領収書の正本を提出できない声明書」を用意しなければなりません。

3. 法定代理人あるいは受託者による代理申請の場合、申請者の署名と身分証明書の写し。

## 4. 診断書または証明書類

本保険の施行区域外（国外および中国大陸）または健康保険適用外の診療所、病院で受診した場合、医師または病院に以下の証明書類を請求してください。

- (1) 診察または急診の場合は、「受診診断証明書」。（症状および疾病名の記載が必要）。
- (2) 入院の場合は、「受診診断証明書」（症状および疾病名の記載が必要）に加え、「退院病歴概要」。
- (3) 診断書や証明書類が英語以外の外国語の場合、中国語の訳を添付してください。

5. 外国で受診した医療費の還付を申請する場合は、該当する出入国証明書類のコピー（写真つきの旅券及び中華民国出入国印など）または対応機関の発行する証明書を用意してください。未入国の場合は、代理人に申請を委託し、「委託書」を添付してください。（健保署グローバル情報ネットよりダウンロードできます。URL：<http://www.nhi.gov.tw/> 一般民眾 / 自墊醫療費用核退 / 自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單 / 委託書）。
6. 大陸地区での5日（5日を含む。ただし退院日は含まない。例：1月1日に入院し1月6日に退院した場合の入院日数は5日）以上の入院の費用還付申請は、医療費領収書の正本および診断書を大陸地区の公証役場で公証し、台湾に帰国後、財団法人海峡交流基金会で公証書正本の認証を受けてください。関連情報は海峡交流基金会にお問い合わせください。電話：02-2533-5995、ホームページ：<http://www.sef.org.tw>。

## 申請方法

上記の書類をすべてそろえ、郵送または窓口で申請してください。

1. 域外で発生した医療費の還付を申請される方は、健康保険の加入地の健保署分区業務組に申請してください。
2. 国内の自己負担医療費の還付を申請される方は、受診された医療機関の所在地の健保署分区業務組に申請するか、健康保険の加入地の分区業務組に申請資料の転送を依頼してください。

## 還付金額の上限

全民健康保険の施行区域外（国外および大陸）での診察、急診、入院による医療費の給付は、国内の保険医療機関が健保署に申請する費用と同様、専門審査を受けて医療の合理性を確認しま

す。また、給付の範囲と給付の条件も国内の医療と同じで、全民健康保険の関連給付規定を満たす必要があります。

費用の還付には限度額が定められています。その金額は、前四半期に健康保険がメディカルセンターに給付した診察人数、急診人数、または入院人数の毎日の平均費用です。還付金額の限度額は四半期ごとに変動するため、健保署のグローバル情報ネットにアクセスして確認できます。

### おわりに

ご不明な点やご意見がございましたら、以下の方法で健保署までご連絡ください。

1. フリーダイヤル 0800-030-598、または各分区業務組までお問い合わせください。
2. 健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> の「お問い合わせ」メール
3. 健保署の各分区業務組または連絡事務所への連絡。

### 自己負担医療費還付業務受付先

業務拠点	住所	管轄区域	電話番号
台北業務組	10041 台北市中正区公園路 15-1 号 1 階	台北市、新北市、宜蘭県、基隆市、金門県、連江県	(02)2523-2388
北区業務組	32005 桃園市中壢区中山東路 3 段 525 号	桃園市、新竹市、新竹県、苗栗県	(03)433-9111
中区業務組	40709 台中市西屯区市政北一路 66 号	台中市、彰化県、南投県	(04)2258-3988
南区業務組	70006 台南市中西区公園路 96 号	雲林県、嘉義市、嘉義県、台南市	(06)224-5678
高屏業務組	80706 高雄市三民区九如二路 157 号	高雄市、屏東県、澎湖県	(07)323-3123
東区業務組	97049 花蓮県花蓮市軒轅路 36 号	花蓮県、台東県	(03)833-2111



## 第十三章 利用者にやさしい健康保険業務

行政の効率改善を目指し、健保署では引き続き簡素化された便利なサービスを提供して、人々の健康づくりを支えます。

### 機関を越えた便利なサービス

#### 1. 「新生児の出生届の提出および健康保険加入と機関を越えた健康保険カードのワンストップサービス」

新生児の保護者が出産した医療機関で、新生児を両親の扶養とすることを表明し、「写真なし健康保険カードの作成」に同意して、新生児の出生届を提出すると、健保署で新生児の保険加入が完了し、7～10業務日で健康保険カードが扶養者の戸籍住所に郵送されます。

注：

扶養する父親または母親が保険に加入しており、本保険の第1、2、3または第6類の被保険者であることが必要。

#### 2. 「戸籍事務所機関横断健康保険カード情報システム」によるサービス向上

紛失や基本情報（氏名、生年月日、身分証番号、先住民の伝統的氏名の回復）の変更、戸籍事務担当者の情報誤登録により身分証の再発行を行う場合、あるいは新生児の出生

の届け出時に戸籍事務取扱機関において父または母が自己の扶養のもとで保険に加入することを表明する場合に写真なし健康保険カードを申請すると、その場ですべての申請手続きが完了し、健保署が納付データの確認と新生児の保険加入手続きを終えるとカードを作成し、約7業務日後に指定された場所で健康保険カードを受領できます。

## 業務改善サービス

### 1. 「記入不要、ペーパーレス」のサービス

健康保険カードの紛失、破損、改名などの場合は、健保署各分区業務組へ身分証明書を持参すると、書類に記入することなくその場で健康保険カードを申請でき、資料と写真を確認するだけで、申請が完了します。

### 2. カード作成サービスの現地化

遠隔地や離島地区の住民が即時に健康保険カードを申請して医療を受けることができない状態を解消するため、健保署は2015年より澎湖、雲林、屏東、台東、宜蘭、桃園などの連絡事務所において順次健康保険カードの現地発行を開始し、窓口でカードの申請、受領を行えるようにして住民の緊急の健康保険カード利用に対する要望に応じています。2016年にはその他の15県市の連絡事務所でもカードの現地発行サービスを開始する予定です。

### 3. スムーズな「重大傷病証明」の申請

- (1) 入院した場合、罹患した疾病が重大傷病証明の申請条件を満たせば、家族は関連書類を健保署各分区業務組へ提出して重大傷病証明を申請できます。審査ののち、規定に従って負担の一部が免除されます。
- (2) また、罹患した疾病が重大傷病の条件を満たせば、窓口または郵送での手続きのほか、医療機関からネットワークを通じて、健保署に「重大傷病証明」の申請および審査状況の問い合わせをすることもできます。

- (3) 現在がん患者に関する重大傷病証明の有効期限は5年であり、満期時にはがん患者重大傷病証明の再発行が必要です。健保署では医薬専門家に個別案件の申請資料が「要積極または長期治療」の規定を満たすかについて審査を依頼し、それをもとに重大傷病証明が承認、再発行されます。
- (4) 澎湖地区の住民が重大傷病資格を満たし、「澎湖県離島住民渡台受診交通費補助」を申請して本島で治療を受ける必要がある場合は、健康保険カード、転院表、交通費補助申請表などを持参して、澎湖県政府衛生局、澎湖県各地の衛生所に提出して補助を申請します（健保署への重大傷病証明の申請は不要）。



## 弱者への思いやり

### 1. 弱者を思いやり、真心をこめて

健保署各分区業務組にはいずれも「愛心募金」があり、貧困、病気、緊急などの理由がある場合、愛心基金審査委員会の同意を得て、診断書や経済的困難などの関連証明書を提出すれば、愛心健康保険料補助申請に代えることができます。

### 2. 「戸籍作成前の外国籍配偶者健康保険料補助計画」

健保署では各郷、鎮、市、区役所の社会課または民政課と協力して、「低所得世帯または中低所得世帯」の資格を満たす戸籍作成前の外国籍配偶者に対し、指導および代理受け取り業務に積極的に協力し、最寄りの各郷、鎮、市、区役所で申請できるようにしています。



# 付 録

衛生福利部中央健康保險署、各分区業務組および連絡事務所一覧

録

業務拠点	電話番号	住所
署本部	(02)2706-5866	10634 台北市大安区信義路 3 段 140 号
台北業務組	(02)2191-2006	10041 台北市中正区公園路 15-1 号 5 階
基隆連絡事務所	(02)2191-2006	20241 基隆市中正区義一路 95 号
宜蘭連絡事務所	(02)2191-2006	26550 宜蘭縣羅東鎮站前北路 11 号
金門連絡事務所	(082)372-465	89350 金門縣金城鎮環島北路 65 号
連江連絡事務所	(083)622-368	20941 連江縣南竿鄉復興村 216 号
北区業務組	(03)433-9111	32005 桃園市中壢区中山東路 3 段 525 号
桃園連絡事務所	(03)433-9111	33062 桃園市桃園区介寿路 11-4 号
新竹連絡事務所	(03)433-9111	30054 新竹市北区武陵路 3 号
竹北連絡事務所	(03)433-9111	30268 新竹縣竹北市光明九路 9-12 号
苗栗連絡事務所	(03)433-9111	36052 苗栗縣苗栗市中正路 1146 号
中区業務組	(04)2258-3988	40709 台中市西屯区市政北一路 66 号
豊原連絡事務所	(04)2258-3988	42041 台中市豊原區市瑞安街 146 号
沙鹿連絡事務所	(04)2258-3988	43352 台中市沙鹿区鎮福鹿街 16 号
彰化連絡事務所	(04)2258-3988	50056 彰化市中華西路 369 号 3 階
南投連絡事務所	(04)2258-3988	54261 南投縣草屯鎮中興路 126 号
南区業務組	(06)224-5678	70006 台南市中西区公園路 96 号
新營連絡事務所	(06)224-5678	73064 台南市新營区東学路 78 号

業務拠点	電話番号	住所
嘉義連絡事務所	(06)224-5678	60085 嘉義市徳安路 131 号
雲林連絡事務所	(06)224-5678	64043 雲林県斗六市莊敬路 395 号
高屏業務組	(07)323-3123	80706 高雄市三民区九如二路 157 号
中正聯合サービスセンター	(07)323-3123	80147 高雄市前金区中正四路 261 号 1 階 ( 高雄市政府劳工局内 )
岡山連絡事務所	(07)323-3123	82050 高雄市岡山区大義二路 1 号 ( 国軍高雄総医院岡山分院内 )
旗山連絡事務所	(07)323-3123	84247 高雄市旗山区中学路 60 号 ( 衛生福利部旗山病院内 )
屏東連絡事務所	(07)323-3123	90071 屏東県屏東市広東路 1518 号
東港連絡事務所	(07)323-3123	92842 屏東県東港鎮中正路 1 段 210 号 ( 安泰病院内 )
澎湖連絡事務所	(07)323-3123	88050 澎湖県馬公市西文里西文澳 63-40 号
東区業務組	(03)833-2111	97049 花蓮県花蓮市軒轅路 36 号
台東連絡事務所	(03)833-2111	95049 台東県台東市四維路 3 段 146 号

健康保険フリーダイヤル：0800-030-598

このハンドブックに収録している資料は 2015 年 12 月までのものであり、まれに法規が改められるため、健保署グローバル情報ネット <http://www.nhi.gov.tw> にて最新の資料をご覧ください。

2015-2016 全民健康保險ハンドブック

編 著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地 址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號

電 話：02-2706-5866

出版日期：中華民國 104 年 12 月

版 次：第 1 版第 1 刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<http://www.nhi.gov.tw>

定 價：新臺幣 50 元

經 銷 者：五南文化廣場

地 址：400 台中市中區中山路 6 號

電 話：04-2226-0330

經 銷 者：國家書店松江門市

地 址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電 話：02-2518-0207

設計印刷：博創印藝文化事業有限公司

電 話：02-8221-5966

GPN：1010403269

ISBN：978-986-04-7579-1

著 作 人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

\* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求  
著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。