

2020-2021

全民健康保險 ハンドブック

幸福の健保 永遠の守護者
衛生福利部中央健康保險署



目次



1	全民健康保険はあなたの医療権益を一生保障します 06
	全民健康保険とは？ 06
	全ての方が全民健康保険に加入するよう全民健康 保険法で定められています 07 全民健康保険の身分証明—「健康保険カード」 07
2	健康保険に加入するには 08
	台湾に戸籍を持つ方 08 台湾在住の香港、マカオ、中国大陸、外国籍の方 12
3	健康保険の加入における特殊な状況 14
	保険資格の喪失 14
	保険を中断後、保険に再加入するには？ 14
	長期海外滞在者 15
	保険停止を行う必要がある場合 16
	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 16 収容者の保険加入 18
4	健康保険の財源と保険料の計算 19
	健康保険カードで受診した場合の費用はどこから 来ているのでしょうか？ 19
	保険料の計算 19
	一般保険料 19 補充保険料 24
5	健康保険料の納付 30
	保険料の計算に疑問がある場合の問い合わせ先は？... 30

5	保険料の納付は、「相互扶助」かつ「節税」……………	30
	保険料納付証明書を申請するには？……………	31
	保険料の納め方……………	32
	納付忘れや引き落とし口座の残高不足の場合は？……	34

6	健康保険による医療サービス ……………	35
	診察と転院……………	35
	転院の手順……………	36
	同一の治療プロセス……………	39
	急診……………	40
	入院……………	41
	訪問看護……………	42
	終末期ケア……………	43
	在宅医療総合ケア……………	44
健康保険の家庭医総合的ケア……………	45	
医療給付改善プラン……………	46	

7	健康保険で受診するには ……………	48
	受診時は「健康保険カード」を忘れずに……………	48
	受診後は「処方箋」（指示書）を忘れずに……………	49
	受診後は期間内に予約を忘れずに……………	49
	転院受診の規定……………	50
	一部負担金……………	51
	支払領収書、医療費項目明細書と薬品明細書……………	55
	患者の自己負担が必要な場合は、医師が事前に告知……………	56
	特殊材料の患者の自己負担差額……………	57
	ご意見やお問い合わせ……………	64
争議審議の申請……………	65	



目次



8

健康保険カードの機能、更新と保管および申請	66
健康保険カードの機能	66
健康保険カードの更新	68
健康保険カードで個人の受診データが流出するのでは？	68
健康保険カードの保管	69
新生児または外国籍の方が最初に健康保険カードを申請・受領するには？	70
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？	70
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？	73

9

特殊な傷病患者の医療権益	75
慢性病患者（慢性病継続処方箋）	75
重大傷病の患者	77
労働災害の患者	78
希少疾病の患者	80

10

受診が困難な方へのサポート	81
政府による健康保険料の補助	81
一時的に保険料や一部負担金が支払えない場合は	84
医療の権益を保障、健康保険カードのロック解除、未納保険料の納付請求の強化	87
特定患者の受診時の一部負担金の軽減	87



10	社会的弱者から控除する補充保険料の下限の引き上げ	87
	医療資源の欠乏する地区改善プラン	88

健保医療情報クラウド検索システム 89

11	「健保医療情報クラウド検索システム」とは	89
	「健保医療情報クラウド検索システム」の利点	90
	健保特約医療サービス機構で「健康保険医療情報クラウド検索システム」が利用可能	91

立替払い医療費の還付 92

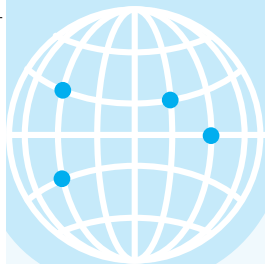
12	申請期限	93
	請求に添付する書類	93
	申請方法	96
	還付金額の上限	96

利用者にやさしい健康保険業務 98

13	機関を越えた便利なサービス	98
	業務改善サービス	99
	弱者への思いやり	101

付録	102
-----------------	-----





1

全民健康保険はあなたの 医療権益を一生保障します

病気の時に頼りになるのは医師や看護師だけでなく「全民健康保険」という心強い味方をお忘れなく。全民健康保険は **1995年3月1日** から全国の方々の健康が保障されることを願って設けられています。

全民健康保険とは？

「全民健康保険」はすべての国民が生まれると同時に加入が義務付けられている保険で、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、政府は受け取った保険料を利用し、診療費用と薬品費用の一部を保険医療機関に患者に代わって納めます。このように病気になった時でも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、自分が病気の際には他の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際には、あなたが援助することができるのです。

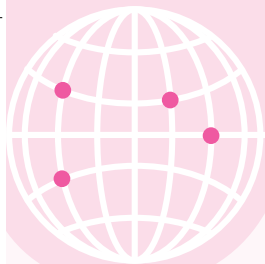
全ての方が全民健康保険に加入するよう全民健康保険法で定められています

「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。





2

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、戸籍を設けてから満6か月の日より健康保険に加入しなければなりません（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。無職の場合や転職で資格に中断がある場合でも、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あるいは2の保険資格に適合する場合、3～5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、4～5を選択することはできません。4の保険資格に適合する場合、5を選択することはできません。

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、適用事業所として登録し、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（扶養してもらえる親族が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。

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（職についている親の方、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



2 健康保険に加入するには

校の在籍者。**20歳以上**の方は在学証明書の提出義務があります。)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、同様に祖父母の「被扶養者」として保険に加入します。祖父母が扶養できない場合は、戸籍のある役所で被保険者として健康保険に加入します。
- (3) 学校を卒業してから、または兵役を終了してから、無職の場合は、当該卒業年度終了した日から1年以内、兵役終了或いは訓練終了日から1年以内は、父母または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 student で、無職または生計能力がなく、父母または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**になった月の末に、「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、保険継続手続を行います。適用事業所は被保険者が提示する保険継続原因を記入した証明文書を審査します。なお、後日検査するために証明文書のコピーを残すことになっています。

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。



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。ほかに主要な仕事がある場合、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（育児休暇で休職中の場合を除く）

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」による育児休暇を申請し、無給となった被保険者

元の適用事業所で元の標準報酬月額等級による保険継続の選択が可能であり、また健康保険料は自己負担しなければなりません。その場合、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



2 健康保険に加入するには

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. 無職で被扶養資格がある方は、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、戸籍のある役所で保険加入を申請します。
3. 無職の栄民および栄民の遺族の世帯主は、「栄民」として戸籍のある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として雇用された日から全民健保に加入できます。もしくは、居留証の交付から、台湾滞在が満6か月の日より全民健保に加入できます（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）。2017年12月1日より、台湾で出生し、且つ居留証を有する外国籍の新生児は、出生日から健康保険に加入しなければなりません。また、2018年2月8日より、専門職に従事する外国籍の招聘専門人材、その配偶者、未成年者の子女、及び満20歳以上で心身に障害があり、自ら生活することができない子女は、居留証を所有する場合、当該専門人材の居留証を添付して提出した日から健康保険に加入するものとします。

1. 華僑の学生（香港・マカオの学生）、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前、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、適法な身分により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

雇用された日から、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. 事業所の代表者

居留から満6か月より、事業所で保険手続きを行います。

6. 台湾で出生した外国籍の新生児

全民健康保険法第9条(3)に基づき、2017年12月1日より、台湾で出生し、居留証を有する外国籍新生児は、出生日から健康保険に加入するものとします。

7. 専門職に従事する招聘専門人材の扶養家族

2018年2月8日に発効された「外国専門家人材招聘および雇用法」に合わせて、専門職に従事する外国籍の招聘専門人材、その配偶者、未成年者の子女、及び満20歳以上で心身に障害があり自ら生活することができない子女は、居留証を所有する場合、当該専門人材の居留証を添付して提出した日から健康保険に加入するものとします。





3

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. 死亡、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？

転職や居留資格の変更、住所変更などで保険を中断している場合、速やかに再加入の手続きを行うことをおすすめします。受診の際に、医療費を仮払いで自己負担しなければならない場合があります。再加入の手続きは次のとおりです。





1. 会社、機関、店舗の従業員であった場合は、保険の中断期間中、元の職場で再加入します。
2. 組合、農協、漁協の会員であった場合は、保険の中断期間中、所属する組合、農協、漁協で再加入します。
3. 仕事がなく、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、保険の中断期間中、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. 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、保険の中断期間中、戸籍のある役所で再加入します。

長期海外滞在者

出国から**2**年以上帰国しておらず、戸籍登録機関が戸籍を転出していた場合は、健康保険に加入できないため、健康保険の解約手続きを行う必要があります。戸籍を設けた後、健康保険に再加入してください。健康保険に加入していたものの、戸籍が国外転出となっていたため、健康保険の解約手続きを行った者が、戸籍を再開設する場合、特定の雇用主がいる被雇用者である場合、または健康保険の記録が**2**年以内にある場合を除き、戸籍を再開設した後直ちに健康保険を申請するものとします。さらに戸籍が再開設されてから満**6**ヶ月を経た日より健康保険に加入することができます。

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。



3 健康保険の加入における特殊な状況

保険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) 証明書類は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者が被保険者である場合、当該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所が属する健康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

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。国外で予想外の緊急の傷病、緊急分娩などの場合は、「立替払い医療費の還付」を申請することができます（「立替払い医療費の還付」は、第12章を参照）。



2. 保険資格の停止

- (1) 「保険停止の申請書（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。第6類保険対象（役所で加入する無職の住民）は、「自然人憑証（公民數位證件、**Citizen Digital Certificate**）」や健康保険カードを利用して健保署全球資訊網（健保署グローバル情報ネット）→「健保服務（健保サービス）」→「承保網路櫃檯（保険受付ネットカウンター）」→「個人健保資料網路服務作業（個人健保データネットワークサービス作業）」、或いは「全民健保行動快易通（全民健保モバイルアプリ）」「行動櫃檯（モバイルカウンター）」にて保険停止、再開の手続きを行うことができます。
- (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、国外滞在中に再加入を行うことや、医療費の還付を申請することはできません。帰国日以降、健康保険に再加入し、健康保険費を精算しなければ、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。



3 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が届いた場合は、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、保険停止申請書が健保署に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、2013年1月1日より、矯正機関の収容者は（矯正機関に入所し、2ヶ月以上受刑の執行或いは保安処分を受け、規律訓練の執行を受ける人を指す）、法に基づき強制的に全民健康保険に加入しなければならなくなりました。医療人権は保障されますが、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があり、診察する場所や方法も限定され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。



4

健康保険の財源と保険料の計算

健康保険カードで受診した場合の費用はどこから来ているのでしょうか？

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。

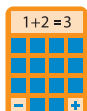
保険料の計算 一般保険料

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、六類の保険対象は第一、二、三類の保険対象の一般保険料の平均値を計算の基礎とします。





4 健康保険の財源と保険料の計算



$$1 + 2 = 3 \% +$$

計算公式：

第一類	被保険者	標準報酬月額×保険料率×負担比率× (1+被扶養者数)	
	適用事業所、政府	標準報酬月額×保険料率×負担比率× (1+平均被扶養家族数)	
第二類、第二類	被保険者	標準報酬月額×保険料率×負担比率× (1+被扶養者数)	
	政府	標準報酬月額×保険料率×負担比率× 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	平均保険料×負担比率×被扶養者数
		政府	平均保険料×負担比率×実際の保険加入者数
	地区住民	被保険者	平均保険料×負担比率×(1+被扶養者数)
		政府	平均保険料×負担比率×実際の保険加入者数

説明：

1. 次のページの「全民健保保険料負担比率」をご参照ください。
2. 2016年1月より保険料率は**4.69%**。
3. 標準報酬月額：次のページの「全民健保保険料額表」をご参照ください。
4. 被扶養者数：3人を超える場合は3人として計算。
5. 平均被扶養家族数：2020年1月1日以降は**0.58人**とする。
6. 2020年1月より第四類および第五類の平均保険料は**1,785元**とし、政府が全額補助。
7. 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
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





4 健康保険の財源と保険料の計算

全民健康保険料額表

組と区分	保険等級	保険料月額 (円)	実際の報酬月額 (円)	組と区分	保険等級	保険料月額 (円)	実際の報酬月額 (円)					
第一組 区分 900 円	1	23,800	23,800 以下	第六組 区分 3,000 円	22	60,800	57,801-60,800					
					23	63,800	60,801-63,800					
					24	66,800	63,801-66,800					
					25	69,800	66,801-69,800					
					26	72,800	69,801-72,800					
				第七組 区分 3,700 円	27	76,500	72,801-76,500					
					28	80,200	76,501-80,200					
					第二組 区分 1,200 円	2	24,000	23,801-24,000	第八組 区分 4,500 円	29	83,900	80,201-83,900
						3	25,200	24,001-25,200		30	87,600	83,901-87,600
						4	26,400	25,201-26,400		31	92,100	87,601-92,100
5	27,600	26,401-27,600	32	96,600		92,101-96,600						
6	28,800	27,601-28,800	33	101,100		96,601-101,100						
第三組 区分 1,500 円	7	30,300	28,801-30,300	第九組 区分 5,400 円		34	105,600	101,101-105,600				
	8	31,800	30,301-31,800			35	110,100	105,601-110,100				
	9	33,300	31,801-33,300			36	115,500	110,101-115,500				
	10	34,800	33,301-34,800			37	120,900	115,501-120,900				
	11	36,300	34,801-36,300			38	126,300	120,901-126,300				
第四組 区分 1,900 円	12	38,200	36,301-38,200	第十組 区分 6,400 円	39	131,700	126,301-131,700					
	13	40,100	38,201-40,100		40	137,100	131,701-137,100					
	14	42,000	40,101-42,000		41	142,500	137,101-142,500					
	15	43,900	42,001-43,900		42	147,900	142,501-147,900					
	16	45,800	43,901-45,800		43	150,000	147,901-150,000					
第五組 区分 2,400 円	17	48,200	45,801-48,200	44	156,400	150,001-156,400						
	18	50,600	48,201-50,600	45	162,800	156,401-162,800						
	19	53,000	50,601-53,000	46	169,200	162,801-169,200						
	20	55,400	53,001-55,400	47	175,600	169,201-175,600						
	21	57,800	55,401-57,800	48	182,000	175,601 以上						

2020 年 1 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、資格を取得した月は、当月分すべての保険料を納付する必要があり、保険解約の当月は保険料の納付は免除されます。
2. 転入の当月は、保険解約（転出）記録がない限り、当該適用機関で被保険者の当月すべての保険料を計算し、納付します。
3. 転入と転出が同月であるかどうかにかかわらず、転出の当月は、月末の最終日に転出した方を除いて、転出した月の分を元の適用機関で保険料を計算して収める必要はありません。
4. 当月の最後の日に転出した方は、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元です。専業主婦の妻と、学校に通う子供が3人いる場合の計算例。

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法では被扶養者数は3人が上限ですので、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が36,300元（保険料額表第11級）と認定されます。
3. 張さんが毎月自己負担する保険料：

$$36,300 \text{ 元} \times 4.69\% \times 30\% \text{（金額は四捨五入）} \times (1+3) = 2,044 \text{ 元}$$



4 健康保険の財源と保険料の計算

4. A社が毎月張さんのために負担する保険料：

$$36,300 \text{ 円} \times 4.69\% \times 60\% \times (1+0.58) \text{ (金額は四捨五入)} = 1,614 \text{ 円}$$

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：

$$36,300 \text{ 円} \times 4.69\% \times 10\% \times (1+0.58 \text{ 年}) \text{ (金額は四捨五入)} = 269 \text{ 円}$$

注：説明4と5の計算式の0.58は、平均被扶養者数。

2016年1月より保険料率は4.69%とする。

例2：李さんと妻は本籍地の役所で保険をかけている場合。

説明：

1. 李さんが毎月自己負担する保険料：

$$1,249 \text{ 円} \times 60\% \text{ (金額は四捨五入)} \times (1+1) = 1,498 \text{ 円}$$

2. 政府が毎月李さんに補助する保険料：

$$1,249 \text{ 円} \times 40\% \text{ (金額は四捨五入)} \times (1+1) = 1,000 \text{ 円}$$



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、補充保険料率（2016年1月より、1.91%とする）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、79A、79B
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、79A、79B



項目	説明	所得税コード (前2桁)
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。	54、71G
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、73G
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、74G

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 2017 年 6 月 20 日に満期になります。支払われる利息は 1,500 元、25,000 元、1,800 元となり、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 元 × 1.91% (金額は四捨五入) = 478 元。
- 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 元および 1,800 元など 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 2017 年 7 月 31 日までに徴収した傅さんの補充保険料 478 元を健保署に納付します。





4 健康保険の財源と保険料の計算

【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、標準報酬月額を月に15万円です。2017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 (600,000 円 + 450,000 円 - 150,000 円 × 4) × 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%)
2017/02/01	年末ボーナス	150,000	600,000	450,000	450,000	-150,000	0	0
2017/10/01	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^{注1}

計算項目	下 限	上 限
通年の累計が当月の標準報酬月額 ⁴ 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 ⁴ 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 ^{注2}	1回の給付は20,000元 ^{注3}	
利息による所得 ^{注2}	<ol style="list-style-type: none"> 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^{注3}に達している。 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^{注3}に達している。 	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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 ^{注2}	1回の給付は20,000元 ^{注3}	1回の給付は1,000万円を限度とする
租金収入 ^{注2}	1回の給付は20,000元 ^{注3}	1回の給付は1,000万円を限度とする

注：

- 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。
- 2015年1月1日より、中低所得世帯員、中低所得高齢者、生活保護を受けている児童および少年、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は、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。
- 2016年1月1日以降の調整。



4 健康保険の財源と保険料の計算

4. 補充保険料の免除対象

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 <small>の4倍を超える賞金</small>	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会在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：職業工会在が発行する保険証明や納付証明。



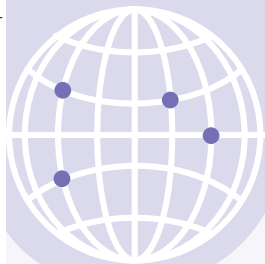


免除対象	免除項目	証明書
中低所得者	1回の給付額が基本給に達しない以下の所得 (1) 業務執行所得 (2) 株式による所得 (3) 利息所得 (4) 賃貸所得	所得給付期間に行政機関の承認が有効期限内にある中低所得証明書。
健康保険法第100条に適合する経済的困難者		所得給付期間に保険者が発行した有効期限内にある経済的困難者証明書。
中低所得高齢者		所得給付期間に行政機関が作成した審査資格承認書。
心身障害者生活補助金を受領している者		
生活保護を受けている児童および少年		
特殊な家庭環境にあり保護を受ける者		

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



5

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、「相互扶助」かつ「節税」

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）は、すべて控除額として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？

1. 保険に加入している会社（店舗）または組合（漁協、農協または水利会）に保険料納付証明書を申請、または、補充保険料の源泉徴収を行う各機関に補充保険料の控除証明書を申請できるほか、以下の方法でも前年度の保険料納付証明書の検索または申請が可能です。
 - (1) 健保署グローバルサイトにて、自然人憑証（公民数位証件、**Citizen Digital Certificate**）または健康保険カードをもとに確認、ダウンロードできます。
 - (2) 身分証の原本をお持ちの上、保険に加入している役所、健保署分区業務組または連絡事務所にお越しく下さい。確認、申請が可能です。
 - (3) 自然人憑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確認、ダウンロードできます。
2. 各年度5月の総合所得税の申告期間中、各地区の国税局と支局、徴収所でも保険料のデータを確認することができます。また、自然人証明カードまたは健康保険カードを使用すると、総合所得税電子精算申告ソフトウェアにおいて、保険料の納付金額を確認することができます。





5 健康保険料の納付

保険料の納め方

以下のいずれかの方法で納付してください。

1. 契約振込払い

(1) 預金口座

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) クレジットカード

ご自身のクレジットカードを開設し、健康保険料の代理徴収を行っている金融機関に問い合わせ、「健康保険料引き落とし契約書（クレジットカード版）」に記入すると、クレジットカードによる健康保険料の自動引き落としを行うことができます。

2. 窓口での納付

健保納付書を持参して、健保署が代理徴収を委託する金融機関の窓口で現金で納付できます。また、健保署のサービス拠点ではクレジットカードで納付が可能ですが、その場合、まず健保署の窓口担当者に、使用可能なクレジットカード発行会社をご確認ください。

3. コンビニでの納付（手数料は自己負担）

健保納付書を持参して、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（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（銀行間手数料は自己負担）

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。

5. オンライン納付（手数料は自己負担）

健保署のウェブサイトから「個人健保資料網路服務作業（個人健保データネットワークサービス作業）」（経路：「健保服務」（健保サービス）>「網



路櫃檯（ネットワークカウンター）」>「承保網路櫃檯（保険受付ネットワークカウンター）」>「一般民眾（一般の方）」、或いは「全民健康保險健保費繳納專區（国民健康保險保険料納付専用エリア）」（経路：「健保服務」（健保サービス）>「網路櫃檯（ネットワークカウンター）」>「保険費繳納（保険料納付）」）にアクセスする、または「国民健保モバイルアプリ」の「モバイルカウンター」にて、または直接モバイルデバイスで請求書に掲載の QR コードをスキャンして「国民健保保険料納付専用エリア」にアクセスし、当座預金口座、クレジットカードで（口座名義人またはカード所有者の保険料に限り納付できます）またはモバイル決済で納付できます。

(1) 当座預金口座での納付

e-Bill 全国納付ネット (<https://ebill.ba.org.tw>) にログインして「保険料」を選択し、指示に従って当座預金口座（口座所有者の保険料のみ納付可能）またはキャッシュカードで納付することができます。または台湾銀行のウェブサイト (<https://ebank.bot.com.tw>) にログインし、インターネット **ATM** を選択、キャッシュカードを使用して「各種税金 / 保険料の納付」を選択し、指示に従って情報を入力すると納付完了です。

(2) クレジットカードでの納付

「e 化政府サービスプラットフォーム」にログインし、クレジットカードにて納付します。カード発行機関発行の授權コードを取得すれば、納付することができます。授權納付の完了後は、取消や訂正はできません。

(3) モバイル決済での納付

「街口支払」、「**LINE Pay** 一卡通」、「**Pi** 拍錢包」の 3 社のモバイル決済ツールで納付します。



5 健康保険料の納付

6. モバイル決済での納付（手数料は自己負担となります）

(1) 台湾 PAY

モバイルデバイスに台湾 **PAY** の銀行アプリ、または「台湾モバイル決済」アプリをダウンロードして起動させ、直接請求書に掲載の **QR** コードをスキャンして口座預金口座で納付します。

(2) 街口支払、Line Pay 一卡通及び Pi 拍钱包

上述のモバイル決済アプリで、請求書に掲載された **QR** コードをスキャンして自動で情報を取り込み、保険料を納付します。

「契約振込による健康保険料の納付をおすすめします。時間の節約になり、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。」

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** の割合で延滞金を追加徴収します。保険加入事業所及び納付義務者に追加徴収する延滞金の上限は納付する保険料の **15%** とし、保険対象に課する延滞金の上限は納付する保険料の **5%** とします。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。



6

健康保険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（「外来一部負担金」と「薬品一部負担金」に関する詳細は、第7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、自宅近くで信頼できる医師を家庭医として選んで下さい。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、病院で順番待ち、診察待ち、精算や薬待ちなどの時間を減らすことができ、さらに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が省けます。



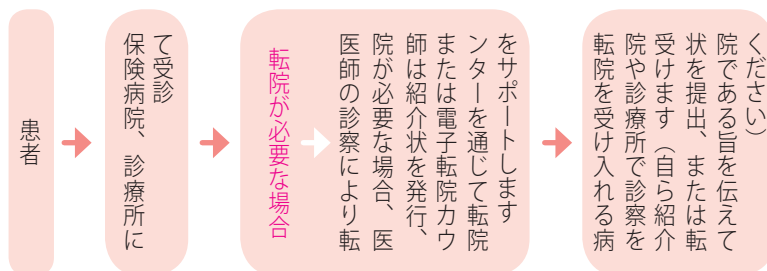
6 健康保険による医療サービス

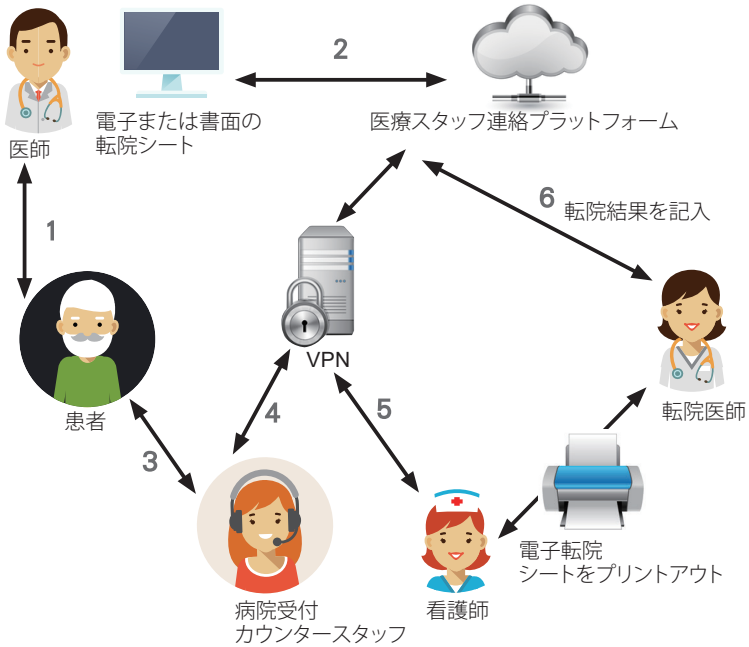
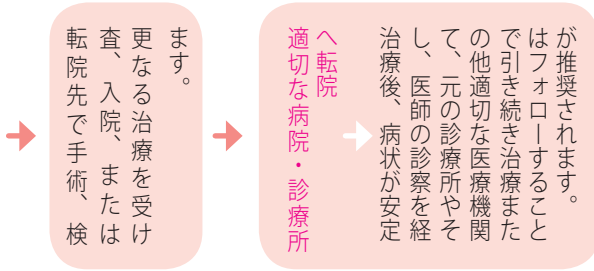
2. 転院手続きを経ずして直接病院に受診すると、支払う費用が増加します。

2017年4月15日より、保険診療所で受診した場合でも、診察の基本部分の負担は50元のまま変わりません。紹介状を持参する場合、メディカルセンターや区域病院での部分負担は40元に下がり、メディカルセンターは210元から170元に、区域病院は140から100元に下がります。医師の診察により必要な場合は、病院の医師の紹介状を持参の上、保険診療所、地域病院、区域病院或いはメディカルセンターにて更に進んだ治療を受けることができます。紹介状を持参して診察にかかると、医師の診断により、引き続き診察・外来が必要と認められた場合、転院した日より1ヶ月以内に4回を超えない再診、または外来手術、緊急手術、入院患者の退院から1ヶ月以内の初めての再診、及び出産退院後から6週間以内の初めての再診は転院と見なされ、西洋医の外来の基本の一部負担は、転院の一部負担規定に基づき計算・徴収されます。

転院をせず、直接地区病院、区域病院或いはメディカルセンターに受診した場合（歯科、漢方医を除く）、「外来一部負担金」は紹介状持参の場合よりも30、140、250元高くなります。直接病院に受診した場合の「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







6 健康保険による医療サービス

病院紹介の手順を覚えておくと、転院がスムーズに

ステップ1：患者は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、医師にその他の病院へ転院し、さらなる治療（例、手術、検査、入院など）が必要だと診断された場合は、まず医師と話し合い、医師が適切な保険病院・診療科の手配をサポートします。

ステップ2：医師は書面による紹介状を発行するか、あるいは健保署電子転院カウンターを通じて患者の転院をサポートします。医師は書面による紹介状の交付、または健保署電子転院カウンターを通じて転院の手配をします。これには診察日や診療科および受付手配のサポートが含まれます。

ステップ3：紹介状の有効期限内に、指定された転院先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。またはご自身で転院の旨を伝えてください。

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：治療後病状が安定し、医師の診断を経て元の診療所で治療を受ける、またはその他適切な医療機関で引き続き治療を受ける患者、または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、診療所にて治療またはフォローを続けます。

注：

1. 転院は患者の病状により、医療上の必要性に基づき、医師が転院の必要性について専門的に判断します。転院が必要な場合、医師は紹介状を発行します。
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。



3. 健康保険の保険病院、診療所のいずれで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るので、小規模病院から大規模病院へといった転院は必須ではありません。

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. 西洋医：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 回以内の西洋医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 歳以下の西洋医児童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、腹膜透析療法。
- (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。



6 健康保険による医療サービス

- (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 回以内の同一診断で連続治療が必要な針灸治療。
- (2) 30 日以内で 6 回以内の同一診断で連続治療が必要な脱臼整復療法。
- (3) 30 日以内で 6 回以内の同一診断で連続治療が必要な傷科治療。

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

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。

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 7 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7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「入院日は含め、退院日は含めない」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。

3. 入院時の健康保険カード一時預け入れ免除

2018年6月1日より、入院期間中に健康保険カードを一時預け入れる必要があるという規定文が削除され、入院患者の健康保険カードの一時預け入れは不要となりました。入院期間中に異なる診療科で別の疾病があるという診断を受け、診断した医師によりただちに診療を受ける必要があると判断された



6 健康保険による医療サービス

ものの、当該病院で適切な診療サービスを受けられない場合、規定に基づき外出届けを提出し、外部で受診することができます。

また、退院前は健康保険カードを準備のうえ、退院手続きを行ってください。

訪問看護

訪問看護は医師と看護師の協力により、患者の住居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が適当だと評価された方は、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および医療資源不足地域で免除された者を除く）とします。
- (4) 訪問に伴う交通費は患者の負担とします。
- (5) 訪問看護の患者が外出して薬を受け取ることは、不便な点が多くあります。そのため、医師が第**1**級または第**2**級の管理薬剤の処方箋を発行した際に、事情により元々処方箋を出されている病院や診療所に行くことができない場合、他の特約病院や衛生所で調剤してもらうことができます。

終末期ケア

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、他に分類できないもの」、「その他の肺疾患」、「慢性肝疾患および肝硬変」、「急性腎不全、明確でないもの」、「慢性腎不全および腎不全、明確ではないもの」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、健保署全球資訊網（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス）→ 健保醫療計畫（健保医療計画）→ 安寧療護（住院、居家、共照）（終末期ケア：入院、在宅、共同ケア）で確認できます。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ってから、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



6 健康保険による医療サービス

けたチームが終末期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養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）、または、養護施設が訪問し、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した訪問看護（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、診療所の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。在宅患者のために、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全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> →健保服務（健保サービス）→健保醫療計畫（健保医療計画）→安寧療護（住院、居家、共照）（終末期ケア：入院、在宅、共同ケア）で確認できます。

3. 共同ケア

すべての病院に終末期ケア用の病床が設置されていないことから、終末期ケアを希望する患者が入院ケアを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（共同ケアチームは終末期ケアを提供、元の医療チームは引き続き入院看護を提供）。

在宅医療総合ケア

健康保険では、2016年2月より「在宅医療」、「重度の在宅医療」、「緩和療護」の連続した3段階の在宅医療総合ケアを提供しています。病院診療



所及び在宅ケアで構成する医療団体が、患者の病気の進み具合に基づき、患者を中心とした一貫性のある介護を提供します。患者が自宅に居ながら、医療団体が 24 時間の電話カウンセリングサービスを行うほか、患者に長期看護が必要となった場合も、各地域の長期看護管理センターへの紹介をサポートし、医療と看護の情報連結を強めています。

また、2019 年 6 月よりサービス内容を拡大し、歯科医、漢方医及び薬剤師サービスを導入し、在宅訪問担当医の責任をより強め、患者の全体的なケアニーズを在宅訪問担当医が全体評価し、必要な場合、歯科医、漢方医、看護師、呼吸療法士などその他医療従事者によるサービスを連結させます。一方患者側も在宅訪問医の投薬全体、完全なケアを受け入れる必要があります。

最寄りのサービス機関リストは、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス） → 健保醫療計畫（健保医療計画） → 其他相關醫療服務（その他関連医療サービス）で確認することができます。

健康保険の家庭医総合的ケア

同一地区の 5 軒以上の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、家庭医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



6 健康保険による医療サービス

す。家庭医の協力により、「正しい医師に、正しく見てもらう」ことができ、 unnecessaryな検査や投薬、病床を待つ時間が省け、大病院で長時間待たされるような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家庭医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。

「家庭医総合的ケアプロジェクト」の実施

健保署では皆様の前年の西洋医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、最も頻繁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。この他、前述の会員家族または医師の忠実な患者は、計画に参加した医師が自ら実施することができます。

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、健康保険サービスダイヤル **0800-030-598**（携帯電話からは **02-4128-678**）までお電話ください。または、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> →健保服務（健保サービス）→健保醫療計畫（健保医療計画）→家庭醫師整合照護計畫（家庭医総合ケアプラン）→會員專區（会員専用エリア）→查詢住家附近的家庭醫師（最寄りのホームドクターを検索）で確認できます。

医療給付改善プラン

「予防は治療に勝る」と言いますが、ほとんどの病気は発生した時点に検査で早期発見して治療ができれば、回復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でも、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、統合失調症、妊婦・産婦の総合的ケア、慢性閉塞性肺疾患が含まれます。2019年、病院の臨床薬事ケアのクオリティを高めるために、新たに「病院用药安全・品質プラン」が追加されました。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、患者の再診察の時間を知らせるなどしています。

参加するには

健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス）→ 健保医療費用（健保医療費）→ 医療費用申報与給付（医療費申請・支給）→ 医療費用支付（医療費納付）→ 医療給付改善方案專區（医療給付改善プラン専用エリア）で確認できます。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。





7

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**（祝日がある場合は順延しますが、**3日**を過ぎた処方箋は無効になります。）に処方箋と健康保険カードを持って「健康保険特約薬局（保険特約薬局）」で薬を受け取って下さい。（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、性別（または生年月日）。
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）。

受診後は期間内に予約を忘れずに

医師が診察、検査またはリハビリ治療に関する手配をした場合、次の期間内に特約病院で予約手配をするか、医療サービスを受けてください（最終日が祝日の場合は順延）。期限を過ぎた場合、特約病院は予約手配を受け付けず、医療サービスは提供されません。

1. 検診、検査の手配：処方箋（指示書）発行日から**180日**。
2. リハビリ治療の手配：処方箋（指示書）発行日から**30日**。



7 健康保険で受診するには

受診の流れ

健康保険カードを診療所または病院に持参して登録する

診療

医師から処方箋を受け取る

処方箋を最寄りの「健康保険特約薬局」または診療所や病院内の薬局に持参して処方してもらう

薬を受け取る

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回につき最多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31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9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

通っている保険病院や診療所では人員、設備、専門能力に限られ、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、家庭医または保険医療機関の転院担当部署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資源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、医療資源を必要とところに用い、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。





7 健康保険で受診するには

1. 外来一部負担金

種類	基本一部負担金					
	西洋医受診		救急医療		歯科	漢方医
病院レベル	紹介	紹介なし	レベル 1-2	レベル 3-5		
メディカルセンター	170 円	420 円	450 円	550 円	50 円	50 円
区域病院	100 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、紹介状持参での受診後、転院の病状について医師から引き続き問診・治療が必要だと判断された場合、転院日から 1 ヶ月以内の 4 回までの受診は転院と見なされ、病院から患者に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 円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、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の上限が規定されています。上限額は毎年公布します。例えば、2019年1月1日から2019年12月31日の期間、同一の疾病により急性病室に30日以内、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39,000元となり、年間の入院の一部負担金上限は65,000元となります。年間の一部負担金上限の超過分は、翌年6月30日前に還付を申請できます。（注：衛生福利部は当年の入院の負担限度額を毎年公表します）。

還付の申請

1. 全民健康保険立替払い医療費還付申請書に記入の上、医療費領収書の原本と費用明細書を添付してください。ただし、保険者が還付額を計算することに被保険者が同意した場合、医療費領収書の原本及び費用明細書の添付は免除され、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。URL：<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス） → 健保醫療費用（健保医療費） → 就醫費用與退費（診察費及び払い戻し） → 自墊醫療費用核退（立替払い医療費還付） → 自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單（立替払い医療費還付説明及び必要書類） → 全民健康保險醫療費用核退申請書（全民健康保険立替払い医療費還付申請書）。



7 健康保険で受診するには

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「栄民」と記載されている方、「栄民」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) 服役期間中で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) 「慢性病継続処方箋」で調剤（28日以上処方）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 <https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス） → 健保醫療服務（健保医療サービス） → 慢性病與處方（慢性病と処方箋） → 慢性病連續處方箋（慢性疾連續処方箋）で検索できます）。
- (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。つまり、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. 医療リソース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リソース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



7 健康保険で受診するには

どの項目が含まれます。西洋医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サービスダイヤル **0800-030-598**（携帯電話からは **02-4128-678**）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. 日中のみの入院。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。

特殊材料の患者の自己負担差額

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。一部特殊材料は材質または機能上、ごく一部の改善にもかかわらず、その価格は健康保険が負担できる既存の特殊材料よりかなり高くなっています。そのため、健康保険は基本機能金額を給付し、患者は差額を自己負担することで、受診時により多くの選択肢から選べます。



7 健康保険で受診するには

2019年1月1日までの時点で、健康保険の給付に含まれる特殊材料は以下のとおりです。

(1) 義足

1995年3月1日より患者の自己負担差額品目としての取り扱いを開始しました。現在、健康保険の給付対象は一般型義足ですが、差額を自己負担することで、美観に優れ、病人が必要な特殊機能を有する特殊機能義足をカスタマイズすることができます。医師が詳細を説明し、十分に理解した後、使用を希望する場合は、健保署は一般型義足の支給価格に基づいて支給し、差額は患者の負担となります。

(2) 特殊機能心臓ペースメーカー

1995年8月3日より患者の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、新型の「特殊機能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。

「特殊機能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」の支給価格に基づいて支給し、その差額は患者の負担となります。

(3) 冠動脈薬剤溶出性ステント

2006年12月1日より患者の自己負担差額品目としての取り扱いを開始しました。現在健康保険で給付される一般の血管内ステントも使用に耐えますが、「冠動脈薬剤溶出性ステント」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。

「冠動脈薬剤溶出性ステント」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」の支給価格に基づいて支給します。差額分は患者の負担となります。

(4) 特殊な材質の人工股関節

セラミックの人工股関節及び酸化防止剤を添加した超高分子ポリエチレン寛骨臼フルライナーを含み、それぞれ **2007年1月1日** および **2018年10月1日** より患者の自己負担差額品目としての取り扱いを開始しました。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あり、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。一般的な状況で **15年** から **20年** 間で使用いただけます。中華民国骨科学会は、健康保険で給付される人工股関節は、材質においても品質においても世界の一流水準に到達しており、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るとしています。

「セラミックの人工股関節」または「超高分子ポリエチレン寛骨臼フルライナー」の使用を希望する場合、健保署では「従来の人工股関節」の使用規定を満たす方に対し、「従来の人工股関節」の支給価格に基づいて支給します。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。

(5) 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しました。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、一般機能の人工水晶体は長期的な安定性に優れ、かつ国内眼科医師において **20年** 以上の使用経験があり、すでに **90%** 以上の白内障患者が



7 健康保険で受診するには

利用しています。「特殊機能の人工水晶体」は非球面、多焦点、乱視矯正などの機能があり、すべての白内障患者に適用されるわけではありません。医師は各患者の状況により評価した後、患者と話し合い、適切な製品を慎重に選択・使用します。

患者が白内障手術の利用規範を満たし、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」の支給価格に基づいて支給します。超過分は患者の自己負担となります。

(6) 特殊材質生物組織心臓弁膜

2014年6月1日より患者の自己負担差額品目としての取り扱いを開始しました。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特殊材質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、特殊材質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、最善の治療および処置について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「特殊材料生物組織弁膜」の使用を希望する場合、健保署は従来の生物組織心臓弁膜の支給価格に基づき支給します。超過分は患者の自己負担となります。

(7) 圧可変式脳室腹腔シャント手術

2015年6月1日より患者の自己負担差額品目としての取り扱いを開始しました。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。

(8) 浅大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置

2016年5月1日より、患者の自己負担差額の項目に加われました。現在、健保給付の浅大腿動脈血管内ステントには、薬剤溶出型ステントがありませんが、ニーズに応じて配置できる血管病変を適切なサイズに合わせて選択し、血管再狭窄や血管剥離を低減でき、血管内の血流を維持することができます。新たに加わった「浅大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置」（薬剤溶出ステント及び薬剤溶出バルーンを含む）は、従来のバルーン拡張術或いは大腿動脈血管内ステント（金属ステント）に比べて一年後の平均再閉塞率が低いものの、患者によって病状が異なるため、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。

大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置の使用を必要とする場合、医師から詳しい説明を受け、十分に理解した後、浅大腿動脈狭窄治療の薬剤溶出装置の使用を希望する方に対し、健保署では大腿動脈血管内ステント（金属ステント）の支給価格に基づいて給付し、超過分は患者の自己負担となります。



7 健康保険で受診するには

(9) 心房細動治療の冷凍アブレーションカテーテル

2017年11月1日より、患者の自己負担差額の項目に加わりました。現在、健保給付の立体位置決め(3D)灌流冷却式診断電気焼灼カテーテルは、電気エネルギーを熱エネルギーに変換し、管先端ポイントから心臓組織の電気焼灼を行うことで、複雑な心房または心室性異形成を有する患者の治療に供されています。追加された「心房細動治療の冷凍アブレーションカテーテル」は、健保全額給付の「立体位置決め(3D)灌流冷却式診断電気焼灼カテーテル」と比較して、手術時間を短縮し、且つ患者の治療中の痛みが軽減されます。ただし、患者ごとに病状や適用部位が異なるため、専門医が詳細に評価し、最良の治療及び処置を行う必要があります。

患者が心房細動治療の冷凍アブレーションカテーテルを必ず使用する必要があり、医師による詳細な説明と十分な理解の後に、心房細動治療の凍結アブレーションカテーテルの使用を希望する場合、健保署は立体位置決め(3D)灌流冷却式診断電気焼灼カテーテルの支払費用に基づき支払いを行い、超過分は患者の自己負担となります。

(10) 特殊材質拡張型ガンマ髄内釘セット

2018年6月1日より、患者の自己負担差額の項目に加わりました。現在、健康保険支給の一般ガンマ髄内釘セットは、転子間骨折の固定に用いられ、大腿骨は大腿骨近位に位置するため、やや短めの髄内釘セットが使用されており、十分に適切な骨折固定強度を提供し骨折の治癒を促進しています。近位大腿骨骨折が下向きに広がっている場合(例、転子下骨折、転子下骨折、近位大腿骨骨折、または大腿骨の病的骨折を伴う転子間骨折)、一部ケースでは骨折範囲が広い場合、一般のガンマ髄内釘セットでは適切な骨折固定強度に達しません。この場合、拡張型ガンマ髄内釘セットによって適切な骨折の固定強度を提供することができます。



患者が特殊材質拡張型ガンマ髄内釘セットを必ず使用する必要があり、医師による詳細な説明と十分な理解の後に使用を希望する場合、健保署は一般的なガンマ髄内釘セットの支払費用に基づき支給し、超過分は患者の自己負担となります。

2. 元々あった患者のための差額支給のコンピュータ支援カスタマイズ頭蓋顔面骨固定システムが、2018年12月1日から健康保険全額支給項目に加わりました。患者は健康保険の支給規定を満たしている場合、治療中、本固定システムを使用することができ、更に差額を負担することなく、全額健康保険で給付されます。
3. 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



7 健康保険で受診するには

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) 同意書の記載事項として、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が記載されます。

医療機関は領収書を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、健保署全球资讯网（健保署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。健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）の「自費醫材比價網（自己負担医療器材費用比較サイト）」（[首頁](#)、[トップページ](#) / [健保服務](#)、[健保サービス](#) / [健保藥品與特材](#)、[健保藥品と特殊材料](#) / [健保特殊材料](#)、[健保特殊材料](#) / [自費醫材比價網](#)、[自己負担医療材料比較サイト](#)）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. 健保お問い合わせサービスダイヤル：0800-030-598（携帯電話からは02-4128-678）。
2. 健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）のお問い合わせメール、あるいは、各特約病院意見窓口。（関係機関の電話番号は健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> →健保服務（健保サービス）→健保醫療服務（健保医療サービス）→就醫申訴服務（診察



に対する苦情受付サービス) で確認してください。

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險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. 標準報酬月額の見直し事項
3. 保険料、滞納金、罰金事項
4. 保険給付事項
5. 保健管理事項について
6. その他保険権益関連事項



衛生福利部全民健康保險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：https://dep.mohw.gov.tw/NHIDSB/mp-117.html

業務内容	電話番号
權益争議事項 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





8

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**IC健康保険カード**を全面的に導入しています。カードに所有者と十分認識できる写真を載せれば、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、薬品処方の登録

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者は、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またはアドバンス・ケア・プランニングの登録

「財団法人移植ドナー登録センター」、「台湾終末ケア協会」または「衛生福利部公告のアドバンス・ケア・プランニングコンサルティング提供機構」で申請すると、上記の組織からデータが衛生福利部に送られます。さらに、衛生福利部の確認後、健保署のデータベースに転送されます。健康保険カードを更新する際、自動的にデータベースが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終末ケアまたはアドバンス・ケア・プランニング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、適切な加入を

現在健康保険に加入していない場合、健康保険で受診や入院の手続きができません。受診の権利を確保するため、すみやかに適切な手続きを行ってください。

6. 健康保険カード交付申請のオンラインサービス（或いは携帯番号の登録）

健保署では、全球资讯网（グローバル情報ネット）に「個人健保資料網路服務作業（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「自然人憑証（公民數位証件、Citizen Digital



8 健康保険カードの機能、更新と保管および申請

Certificate) 」を利用したオンライン申請を受け付けています。2015年2月4日からは「健康保険カード」オンライン交付申請サービス、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。また、Google play 或いは Apple store にて、「全民健保行動快易通 (全民健保モバイルアプリ)」のアプリをダウンロードし、健康保険カードの登録及び携帯番号の登録すれば、アプリを使った便利なサービスが受けられます。

健康保険カードの更新

1. カードを更新するタイミング

毎回、健康保険カードで受診する前に、受診する医療機関で自動的に健康保険カードを更新することで、健康保険カードで受診または入院することができます。受診の権益に影響が及ばないよう、健康保険の加入状態に注意を払い、適時、保険料を納付し、適切に健康保険カードを保管してください。

2. カードの更新場所

通常は診療所や病院での診察受付時に医療機関が更新を行います。また、健保署の各分区業務組、連絡事務所、役所の健保カード用カードリーダーで更新することもできます。

3. 資格を変更した場合

低所得世帯または無職の「栄民」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。これにより診察時の一部負担金が免除されます。

健康保険カードで個人の受診データが流出するのは？

1. 健康保険カードには厳密なカードデータの保護機能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す（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サービスセンター、連絡事務所および役所で設定、変更および解除できます。パスワードを忘れた場合は、身分証明書を提示の上、健保署各サービスセンター、連絡事務所、あるいはファックスでパスワードの設定を解除して下さい。

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. 水洗いしたり水に浸さない。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など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。
4. 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。





8 健康保険カードの機能、更新と保管および申請

新生児または外国籍の方が最初に健康保険カードを申請・受領するには？

2015年7月1日より、各戸政事務所において新生児出生届を提出すると同時に、健康保険加入及び健康保険カードの発行を申請できます。行政区外で出生した新生児の戸籍を初めて作る場合、6ヶ月を経て健康保険資格を満たしてから保険加入事業所に保険加入を申告し、健康保険カードの発行を申請します。

写真付き健康保険カードを申請する新生児及び外国籍の方は、第2章をご参照下さい。該当する資格に基づいて健康保険に加入し、記入済みの「健康保険カード受取申請書」と身分証明書のコピー及び2インチの写真1枚（1歳未満の新生児は写真なしを選択できます）を本署の各分区業務組に郵送して申請して下さい。最初の健康保険カードは無料で発行し、カード発行費用を支払う必要はありません。申請後カードが届く前に受診が必要な場合、保険加入表及び身分証明書を持参して、保険医療施設で「例外受診名簿」に記入すると、健康保険資格で受診することができます。新生児で、出生から60日以内であり、健康保険カードを未受領であっても、受診が必要な場合、父親または母親の健康保険カード（新生児の注記があるもの）で受診することができます。

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？

被保険者の医療上の利便性を向上させ、医療機関での身分確認におけるトラブルを減らし、同時に健康保険の身分の不正使用を回避するといった目的のため、保険対象が健康保険カードの交付、交換または再発行を申請する際に、写真を1枚添付していただくことで健康保険カードに写真を掲載することができます。1歳未満で写真の識別度の低さが考慮される場合、また特殊な事情がある場合、写真なしの健康保険カードの発行を選択することができます。政府のサービスを簡素化するために、健康保険カードの写真は、保険



対象者が自ら提供するほかに、保険者が写真を保管した別の機関での写真ファイルから検索して使用することもできます。

1. 健保署の窓口申請・受領

ご自身で手続きを行う場合、身分証明書の原本、**2 インチ**の写真**1 枚**及び作成費**200 元**を健保署の各サービスセンター、連絡事務所にお持ちいただき、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。

健保署の健康保険カードの窓口申請・受領場所は、付録の健保署サービスセンター、電話、住所をご参照ください。

2. 郵便局における代理受付

紛失、破損、或いは氏名変更、写真変更によるカード変更に限る申請者の身分証明書原本をお持ちの上（代理人による申請の場合は、合わせて代理人の身分証明書原本を同時に提示する必要があります）、「健康保険カード受け取り申請表」に記入し、申請表に近日に撮影した**2 インチ**の写真及び身分証明書のコピーを貼り、作成費**200 元**を添えて貯金送金窓口（儲匯窓口）の職員に提出して下さい。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。申請表は郵便局または健保署グローバル情報ネットでダウンロードできます。

◎ 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

オンライン申請を行う場合は、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）。



8 健康保険カードの機能、更新と保管および申請

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	国民健保モバイルアプリ	認証不要エリア
使用するもの	使用機関証明（または責任者がすでに登録された健康保険カード）授權の自然人憑証（公民數位証件, Citizen Digital Certificate ）（またはすでに登録済みの健康保険カード）でログイン	自然人憑証（またはすでに登録済みの健康保険カード）でログイン	玉山銀行の IC キャッシュカードでログイン	まずログイン後デバイス認証を完了させます（以下の方法から一つを選択） 1. 「デバイスコード」認証：自然人憑証（またはすでに登録済みの健康保険カード）を使用 2. 「スマートフォン」認証：台湾人で月払い携帯電話契約およびパーソナルモバイルネットワーク（ 4G ）	申請者の戸籍名簿の戸籍番号を確認し、オンライン申請及び支払いを済ませてから本署が指定する対外サービス拠点にてカードをお渡しします。
カード申請できる方	保険加入適用事業所内で保険に加入しているすべての保険対象	アカウントにログインしている本人とその眷属	IC キャッシュカード保有者本人	アカウントにログインしている本人とその眷属	対象者は全ての本国籍保険加入者
支払方法	インターネット ATM 普通口座払込用紙をダウンロード	インターネット ATM 普通口座払込用紙をダウンロード	インターネット ATM	普通口座	インターネット ATM 普通口座

4. 戸籍事務機関による代理手続き

身分証及び健康保険カードの紛失や基本情報（身分証番号、氏名、生年月日）の変更の手続きは各地の戸政事務所健康保険カードを申請できません。戸政事務所健康保険カード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、払込用紙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。健康保険カードは原則として、戸籍事務所送付の



身分証ファイルの写真により発行されます。身分証がない場合には身分証ファイルの写真がないため、戸籍事務所に「写真付き健康保険カードの作成（写真追加）」の連絡を依頼してください。連絡後、戸籍事務所が提供した証明書のQRコードを健保署「健康保険カード写真アップロードプラットフォーム」にリンクさせ写真を追加します。健保署は当該写真に基づき健康保険カードを発行します。

5. 郷（鎮、市、区）役所での申請

健康保険カードを紛失または破損した場合、最寄りの役所で申請できます。申請者は身分証の原本（代理人が窓口で手続きをする場合は、申請者及び代理人の身分証明書の原本を合わせてカウンタースタッフに提示して下さい）、写真の電子ファイルを持参し役所にて申請して下さい。最寄役所が健保署が委託する健康保険カード手続き役所ではない場合でも、払込用紙で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。

◎ 委託事務所窓口健康保険カード申請・受領住所

健保署全球資訊網（健保署グローバル情報ネット）：www.nhi.gov.tw → 健保服務（健保サービス） → 健保卡申請與註冊（健康保険カードの申請・登録）據點（カード受け取り窓口）

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？

人的要因以外で、カードとチップの折り曲り、スクラッチ傷、凹凸変形、チップの脱落、変色、摩損などにより、カードが使用できなくなった場合、健保署に無料で健康保険カードの交換を申請できます。以下の方法から一つお選びください。

1. 郵送による申請の場合、「健康保険カード受取申請書」を記入し、身分証明書のコピーおよび2インチの写真を貼り、古いカードと一緒に健保署まで郵送して下さい。



8 健康保険カードの機能、更新と保管および申請

2. 窓口での申請は、身分証明書原本（代理人が窓口で手続きを行う場合は、同時に申請者と代理人の身分証明書の原本を提示して下さい）、2インチの写真及び健康保険カードをご用意し、健保署各サービス拠点にて手続きを行ってください。

注意事項：

1. 医療関係者による身元確認をより容易にするため、また健康保険カードの恣意的な不正使用を防止するために、健康保険カードの新規申請、再発行には2インチの写真1枚を添付する必要があります（健保署の各地のサービスセンター及び連絡事務所では、その場で無料の撮影サービスを提供しています）。新生児またはその他特殊な状況においては、写真なしの健康保険カードを申請することができます。
2. カードの交換、再発行の場合、カードの作成費200元が必要です。新しいカードが完成する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、旧カードは使用できなくなります。
3. 写真なしの健康保険カードで受診する場合は、受診時に身分証明書を提出する必要があります。身分証（14歳未満で身分証明書を持っていない方は、戸籍名簿または戸籍謄本で代替できます）、運転免許証、パスポートまたは居留証などを、医療機関で提示していただき、身分確認を行います。
4. 健康保険カードの交換や再発行申請中などで、カードを未取得の期間に急ぎょ受診が必要になった場合、14日以内のカード再発行作成費を納付した証明（例：健康保険カード受取領収書）及び身分証明書を持参して、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。



9

特殊な傷病患者の医療権益

慢性病患者（慢性病継続処方箋）

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「慢性病継続処方箋」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、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> →健保服務（健保サービス）→健保醫療服務（健康保険医療サービス）→慢性病與處方（慢性病と処方箋）→慢性病連續處方箋（慢性病継続処方箋）で確認できます。

「慢性病継続処方箋」の使用期限は、当該処方箋の薬剤処方日数に基づいて計算されます。腹膜透析に使用される透析液は、病状により1回あたり最多で31日分を受け取るほか、その他の病状でも1回あたり30日分、合計90日まで受け取ることができます。毎回薬を受け取る際、病院、診療所または薬局にて健康保険カードを確認しますが、カードに「慢性病継続処方箋」の薬を受け取ったことが登録されるだけで、受診回数は加算されません。毎回、薬の受け取りが28日を超える場合は、薬の一部負担金も免除されます。



9 特殊な傷病患者の医療権益

長期の服薬が必要な慢性病患者で、行動が不便な場合（医師の認定または受託者が口述書を提出）や、出航して遠洋漁業に従事、国際航路の船舶に乗っている方（受託者が口述書を提出）、後見、保佐・補助などを受けることを宣告された患者で（受託者は裁判所裁定文書のコピーを提出）、医師が認定した認知症患者、或いは健保署が認定した特殊な状況の方が自分自身で受診できず、継続して同様の薬剤を受け取るような場合、第三者に病状を説明してもらうことで、医師が病状を把握し、専門知識により適切であると判断すれば、本人不在でも同じ薬剤を処方してもらうことができます。

「慢性病継続処方箋」は医療費の節約になりますが、「一般処方箋」または「慢性病継続処方箋」のどちらが適用されるかは、医師の判断によります。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る、「慢性病継続処方箋」の使用には適しません。

慢性病継続処方箋の注意事項

1. 2018年6月1日より、健康保険カードをお持ちでない方には一般処方箋のみを発行することとなります。慢性病継続処方箋を発行することはできません。
2. 誤って「慢性病継続処方箋」を紛失した場合は、元の診療所や病院を改めて受診してください。規定に基づき一部負担となります。
3. 受け取った慢性病継続処方薬を紛失したり、毀損したりして再診する場合、全民健保において再給付されないという原則に基づき、再診の際の全ての医療費は患者の自己負担となります。そのため、薬は慎重に保管してください。
4. 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のみは、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。



5. 「慢性病継続処方箋」があれば受診した診療所や病院、または健康保険薬局で薬が受領できます。所在地に保険薬局がなく、受診した保険診療所或いは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或いは衛生所で薬が受領できます。
6. 出国（出国予定期間が2ヶ月超）、離島地区への渡航或いは遠洋漁船の船員が出向する予定、或いは国際航路の乗員が出航する予定がある場合、あるいは希少疾病の患者の場合、あるいは健保署が一度に当該処方箋総容量の薬を必ず受け取る必要があると認める場合は、薬をもらう際に口述書があれば、慢性病継続処方箋の総支給量を一度に受け取ることができます。ただし、この際すべての薬の量は90日分を限度とします。
7. 「慢性病継続処方箋」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或いは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に相談してください。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。

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相当することが確定した場合、本人或いは病院、診療所、知人を代理人として委託し、関連資料を提出して申請できます（或いは診察機関が代わりに申請をします）。資格を満たす場合は重大傷病証明書が発行されます。認定されたデータは特約病院が健康保険カードに登録し、患者が重大傷病証明書の有効期限内に医療機関にて受診する際、重大傷病証明書に記載の傷病、または医師が重大傷病に関する治療、重大傷病外来であると認定した場合、その受診は同一の医師が他の治療も平行して行いますが、重大傷病による入院なら、他の科と平行して治療も行えます。入院期間中は病状のニーズに基づき重大傷病の診察



9 特殊な傷病患者の医療権益

を平行するなど、外来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。健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス） → 健保醫療服務（健保医療サービス） → 重大傷病專區（重大傷病専用エリア）

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. 出退勤の経路とは日常の居住地から就業場所までに必ず通る経路のこと。

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事務所ですぐに入手でき、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 <https://www.bli.gov.tw/en> → Employee → How to Apply for Insurance Benefit? → Labor Insurance Benefit → Occupational Accident Medical Benefits 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際、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いい？

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者保険職業傷病医療書用紙を提出できず、且つ一部負担金を既に支払った場合、受診治療当日（或いは退院日）から 6 カ月以内（2012 年 12 月 21 日より特別な原因がある場合は 5 年以内）に以下の書類を労働保険局に郵送して下さい。
 - (1) 労働者保険職業災害支払い済み医療費還付申請書及び給付領収書。
 - (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：「労働者保険職業災害支払い済み医療費還付申請書及び給付領収書」は労働保険局および各地事務所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。



9 特殊な傷病患者の医療権益

1. 労保局全球資訊網（労働保険局グローバル情報ネット）：<https://www.bli.gov.tw/> → 職災勞工（労災を受けた職員） → 職災醫療給付（労災医療給付） → 範例及書表下載（範例と書式ダウンロード） → 勞工保險職業災害自墊醫療費用核退申請書（労働保険労災医療費用立替払い戻し申請書）。
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

希少疾病も重大疾病項目に含まれます。医師の診断で確認し、衛生福利部国民健保署へ確認が報告されると、医師が発行した診断証明書、身分証明書、重大疾病申請書を添付して重大疾病証明の申請が可能になり、当該疾病に関する治療は一部負担金が免除されます。希少疾病用医薬薬に対しては、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、健保署全球資訊網（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw/> → 資料下載（資料ダウンロード） → 檔案下載（ファイルダウンロード） → 「用薬品項（薬品品目）」の「健保用薬且適用『罕見疾病防治及薬物法』之品項檔」（健保適用の「希少疾病防止・薬物法」の品目ファイル）





10

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。



10 受診が困難な方へのサポート

- (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) 台北市の先住民の方（満20歳～55歳未満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され、かつその他の機関で同類の補助を申請、受領していない場合、台北市政府原住民事務委員会の各区役所が送致する申請者名簿の審査に通過すると、毎年1人3か月以内の自己負担健康保険料が補助されます）。
- (9) 離島地区に籍を置いて満1年の65歳以上の高齢者。
- (10) 低所得世帯の戸籍登録前の新住民（本署を通じて内政部移民署に「新住民発展基金」の補助を申請し、認可を得ます）。

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) 中低所得世帯の戸籍登録前の新住民（本署を通じて内政部移民署に「新住民発展基金」の補助を申請し、認可を得ます）。

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) 桃園市（税率20%未満の方）、または高雄市（税率5%以下の方）、または台中市（税率5%以下の方）の戸籍を満1年有する65歳以上の高齢者。
- (2) 台北市の戸籍を満1年有する、満70歳、または2015年12月31日以前に満65歳以上の高齢者>税率20%未満の方。



- (3) 新北市、桃園市、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) 台北市、桃園市、高雄市の戸籍を（満1年）有し、中低所得高齢者生活補助の条件に当てはまる70歳未満の高齢者。
- (5) 台北市（税率20%未満の方）、桃園市（税率20%未満の方）または台中市（税率5%以下の方）に満1年以上籍を置く55歳以上の先住民の方。
- (6) 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。
- (7) 台南市中石化汚染安南区の住民（2005年6月30日以前に顕宮、鹿耳、四草に籍を設けた方）および經濟部で登録された従業員。
- (8) 台南市、高雄市の戸籍を有する（満一年かつ税率12%以下の方）満65歳以上の軽度、中度の心身障害者。
- (9) 高雄市の戸籍を満一年有し、心身障害者手帳を持っており、且つ税率5%以下の方。
- (10) 澎湖県の6歳以下の幼児またはがん患者。

以上の各補助対象者であれば、健保署に申請する必要はありません。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、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> → 常用服務（一般サービス）→ 保険費計算與繳納（保険料計算と納付）→ 弱勢協助（弱者へのサポート）→ 各級政府辦理保險對象健保費補助項目一覽表（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覽表）で確認してください。



10 受診が困難な方へのサポート

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、戸籍のある役所に認定された方。
- (2) 申請方法：国民身分証、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（仮に病気のために仕事ができず生計に影響すると医師が判断した場合は病院の診断書を添付）を所属する健保署の各分区業務組に提出して仲介を申請します。社会福祉団体の審査に通ると、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 救済基金の貸付申請資格を満たさないものの、保険料の滞納（延滞金を含む）が **2,000** 元以上あり、経済的困難から一度に支払うこと



のできない方は健保署の各分区業務組に分割返済の申請をして下さい。

- 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：

① 窓口での手続き：

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サービスセンター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サービスセンターまで。電話番号、住所は付録をご覧ください）

② インターネットでの手続き：

登録済みの健康保険カード或いは自然人憑証（公民數位証件、**Citizen Digital Certificate**）で健保署の「個人健保険資料網路服務作業（個人健康保険資料ネットサービス作業）」にログインしてください。「保費相関作業查詢與列印（保険費用関連作業検索及びプリントアウト）」の項目で「個人未繳保費查詢及簡易分期（個人未払い健康保険費検索及び簡易分割払い）」をクリックすれば、個人の未払い金の状況を確認して未払い金簡易分割の申請ができます。（ただし、滞納して行政執行への移送がなく、且つ未だ分割手続きをしておらず、且つ分割違約記録が一度のみ、もしくはない方に限る）





10 受診が困難な方へのサポート

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 か月以上が経過しており、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) 直系卑属が死亡し、その卑属の未成年の子女を単独で扶養する必要がある。

さらに詳細な規定は、健保署全球资讯网（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：<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス）→ 投保與保費（保険加入と保険料）→ 弱勢協助（経済弱者へのサポート）→ 纾困基金貸款（貧困基金貸付）。または健保お問い合わせサービスダイヤル 0800-030-598（携帯電話からは 02-4128-678）までお電話ください。



医療の権益を保障、健康保険カードのロック解除、未納保険料の納付請求の強化

医療を平等に受ける権利という普遍的な価値をより確かなものにするため、**2016年6月7日**より「保険料の未納と受診権のロック解除（全面的なカードのロック解除）案」が実施されています。健康保険カードの全面的なロック解除を推進し、国民の受診権益の公平性を保障します。保険加入手続きを行えば、安心して受診することができます。また、保険料を納付することができない方に対しては、分割納付、救済基金の貸付及び社会福祉団体からの保険料補助等の未納サポート措置を提供します。ご不明な点がございましたら、健保お問い合わせサービスダイヤル **0800-030-598**（携帯電話からは **02-4128-678**）までお電話ください。

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 (**80-420 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、希少疾病患者の権益を保障するため、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。

社会的弱者から控除する補充保険料の下限の引き上げ

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



10 受診が困難な方へのサポート

受ける方、および全民健康保険法第 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、賃貸所得は補充保険料が免除されます。

医療資源の欠乏する地区改善プラン

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、西洋医、歯科医などの医療資源の不足する地区にて住民が受診できるように巡回医療サービスを提供することを奨励しています。

医療機関が提供する医療資源欠乏地域の巡回医療サービスを行う場所や時間帯は、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://www.nhi.gov.tw> →重要政策（重要政策）→醫療資源不足改善專區（医療リソース不足改善専用エリア）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医療資源欠乏地域の巡回医療サービスについてお問い合わせの上、最寄りの医療機関で受診して下さい。





11

健保医療情報クラウド 検索システム

「健保医療情報クラウド検索システム」とは

健保署は、医療と薬品の質を向上させ、医師や薬事スタッフによる国民の健康状態の把握を強化するために、クラウドテクノロジーを運用し、患者が中心の「健保医療情報クラウド検索システム」を構築しています。医師が臨床処置、処方箋を発行したり、薬剤師が薬品を調剤したりする時、西洋薬の投薬記録、漢方薬（中薬）の投薬記録、検査記録、検査結果、手術詳細記録、歯科処置、手術記録、薬物アレルギー記録、特定管理薬品の投薬記録、特定血液凝固薬の投薬記録、リハビリ医療記録、退院病歴概要、疾病管理署予防接種記録など12項目の情報を含む、患者の最近の医療薬品投与記録および検査データを検索することができます。



健保醫療資訊
雲端查詢系統
NHI MediCloud



11 健保医療情報クラウド検索システム

2018年1月より健保署は、各病院にコンピューター断層撮影（CT）、磁気共鳴画像（MRI）、胃鏡検査および大腸内視鏡検査、超音波検査、X線検査などの検査結果の映像のアップロードおよび報告を促しました。医師は本システムを通じて、画像および報告内容を閲覧することができるので、患者への医療品質や利便性が向上しています。

2018年9月からは、新たに重複医療自動提示機能を追加し、医師に重複投与した薬品や検査の喚起情報をフィードバックし、患者への負担や医療リソースの浪費をもたらす処方箋の重複、検査の重複を減少させています。患者に対する医療品質と薬投与の安全性を向上させています。

「健保医療情報クラウド検索システム」の利点

「健保医療情報クラウド検索システム」は、患者を中心としており、患者の各病院での受診データを統合し、医師が患者の過去の検査結果および投薬状況についてさらに理解できるようにすることで、医師がより適切に診断して処方できるように支援します。これにより、処方の重複、検査の重複による患者へのダメージや医療リソースの無駄を減らし、患者に対する医療品質および投薬の安全性にプラスのメリットをもたらします。

本システムは皆さんにとって次の利点があります。

1. 安全：

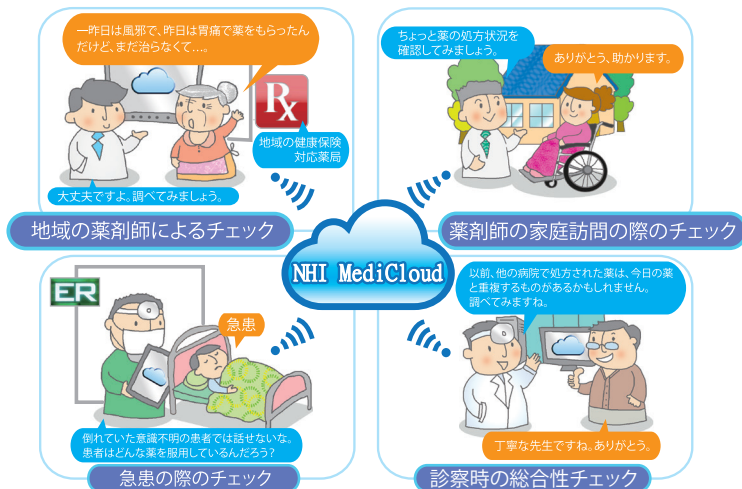
- (1) 血液検査の重複、投薬の重複といった医学的リスクを減らします。
- (2) 複数回のX線撮影による照射線の被ばくを減らします。
- (3) 複数回の胃鏡検査および大腸内視鏡検査による身体的不快感を減らします。

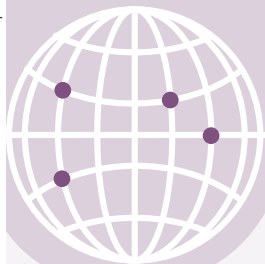
2. コスト節約：複数の病院を受診する場合、病歴記録のコピーやCD-ROMへの書き込みなどの申請費用、交通コスト、時間的コストを節約します。



健保特約医療サービス機構で「健康保険医療情報クラウド検索システム」が利用可能

健保医療情報クラウド検索システムは、クローズドドメインの健保情報ネットワークサービスシステム（VPN）に構築されており、健康保険医療事務サービス機関の医療関係者および薬剤師が医療サービスを提供する時、診療の必要性に基づき検索に使用されます。2018年の統計によると、全国25,855軒の保険医療機関及び薬局で本システムが導入されており、健康保険カードを持参して健康保険医療機関で診療した場合には、3枚のカード（安全モジュールカード、医療関係者カード、患者の健康保険カード）の認証があれば、医療関係者が医療の必要性に基づき本システムで検索を行うことができます。





12

立替払い医療費の還付

健保署の各分区業務組に申請すれば、審査の結果に応じて健保署から医療費が還付されます。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提出してください。

1. 緊急的な状況により、保険診療所または病院に行けず、保険契約をしていない機関にて急診した場合、或いは外国に旅行中或いは出張中に予想外の急な傷病或いは出産により、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契約のある機関で受診し、当該機関の保険料など関連費用を納付済みの場合。
3. 保険契約のある機関で受診し、自分責任ではない事由から（例えば、その入院は重大傷病であるのに、退院まで重大傷病資格と認定されなかったような場合）、医療費をまず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、休日を除く）或い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。



申請期限

1. 診察、急診を受けた当日、あるいは退院した日より**6**カ月以内。ただし、航海中の船員は帰国した日から**6**カ月以内とする。
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、期限は翌年**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者で、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. 全民健康保険立替払い医療費還付申請書

下記のいずれかの方法で申請書を取得できます。

- (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) 健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）からダウンロード。
URL:<https://www.nhi.gov.tw> → 健保服務（健保サービス）→ 健保醫療費用（健保医療費）→ 就醫費用與退費（診察費及び払い戻し）→ 自墊醫療費用核退（立替払い医療費の還付）→ 自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單（立替払い医療費の手順と必要書類）→ 全民健康保險自墊醫療費用核退申請書（全民健康保険立替払い医療費の還付申請書）。
- (3) 健保署全球资讯网（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:**<https://www.nhi.gov.tw> →



12 立替払い医療費の還付

健保サービス（健保サービス）→健保医療費用（健保医療費）→就醫費用
與退費（診察費及び払い戻し）→自墊醫療費用核退（立替払い医療費
還付）→自墊醫療費用核退線上登打作業系統（立替払い医療費の還付
オンライン入力システム）。

2. 医療費領収書の正本及び費用明細

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に領収
書のコピーを申請できますが、診療所または病院の印および「正本と同様」
という印が押されたものでなければいけません。国外で医師にかかり領収書
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」に署名の上提出しなければなりません。

3. 受診者が未成年（20歳未満）の場合、法定代理人が署名して申請を提出す る必要があります。また、別途戸籍名簿のコピーを添付して下さい。代理 人に手続きを委託する場合は、委託書を記入し、受託者は身分証明書のコ ピーを用意して下さい。

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」。(症状および診断さ
れた疾病名の記載が必要)。

(2) 入院の場合は、「診断証明書」(症状説明及び疾病診断名を明記する)
のほか、別途に「退院病歴概要(退院カルテ概要)」も用意して下さい。

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)、内政部移民署に



オンライン申請、受領した出入国証明書または対応機関の発行する証明書を用意してください。「自動通関検査システム」で通関を行っている場合、自動通関検査システム出口にある「検査公務カウンター」で担当者にスタンプを押してもらい出入国日の印をもらってください。または、内政部移民署の「出入国日証明書オンライン申請システム」から出入国日証明書をダウンロードすることもできます。またはパスポートの第1ページのコピーおよび申請書を添付して「自動通関検査システム採用」と注記ください。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。（健保署全球資訊網，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:<https://www.nhi.gov.tw> →健保服務（健保サービス）→健保醫療費用（健保医療費）→就醫費用與退費（診察費及び払い戻し）→自墊醫療費用核退（立替払い医療費の還付）→自墊醫療費用核退簡介及申請相關表單（立替払い医療費の手順と必要書類）→委託書）。

注：台湾地区以外で立替払い医療費の還付を申請する場合、診断書、領収書の正本、費用明細及び関連の証明書を添付してください。また、英語でない場合、中国語或いは英語訳を添付して下さい。

6. 大陸地区にて5日間（5日目を含む。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日間）以上の入院の立替払い医療費用の還付申請は、医療費領収書の正本、診断書、退院カルテ摘要（退院清算、退院記録）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にて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>。
7. 年間累積入院総負担額が法定限度額を超え、保険対象が健保署の保険病院申請データに基づき計算された払い戻し額に同意する場合、検査費用および領収書の正本は免除されます。



12 立替払い医療費の還付

申請方法

上記の書類を全て揃え、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）で申請します（申請書、領収書の正本、診断書、退院カルテ摘要などの関連資料は書留で郵送すること）。以下の場合、郵送あるい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。または、居住地の本署分区教務組が申請資料を転送します。
2. 国内の立替払い医療費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してください。

還付金額の上限

国内の立替払い医療費還付を申請する場合、健保署は健康保険支払い標準に基づき、専門医の審査を経た後に給付金額が決定されるため、患者が自己負担で受診した金額と差が発生する場合があります。

全民健康保険の施行区域外（国外および大陸地区を含む）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が予想外の緊急傷病に合致するかを確認します。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。

費用の還付には上限が定められています。上限金額は、前四半期に健保が病院や診療所に給付した診察人数、急診人数、または入院人数の平均費用です。還付金額の上限は毎四半期変動します。よって、健保署全球资讯网（健保署グローバル情報サイト）で公告され、確認することもできます。（URL：<https://www.nhi.gov.tw> →健保服務（健保サービス）→健保醫療費用（健保医療費）→就醫費用與退費（診察費及び払い戻し）→自墊醫療費用核退（立替払い医療費の還付）→在國外或大陸地區自墊醫療費用核退上限（国外または大陸地区立替払い医療費の還付上限））



健保署は国民に共に法を順守し、健康保険資源を大切にしよう呼びかけています。虚偽の証明を提供した場合は、全民健康保険法第 81 条規定に基づき、当該返金の 2 ～ 20 倍の罰金が適用され、刑事責任に及ぶ場合は司法機関により処理されます。

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. 健保お問い合わせサービスダイヤル：0800-030-598（携帯電話からは 02-4128-678）。または各分区業務組までお問い合わせください。
2. 健保署全球资讯网（健保署グローバル情報ネット）<https://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。

立替払い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	80147 高雄市前金区中正四路 259 号	高雄市、屏東県、澎湖県	(07)231-5151
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



13

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利便性の高い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

「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

1. 身分証明書及び健康保険カードの同時紛失、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る身分証の再発行などの手続きは、その場ですべての申請手続きを済ませることができます。健保署は市民からの支払い記録の確認を終えたとすぐにカードを作成し、約5～7業務日前後に指定された住所に健康保険カードを送付します。





2. 新生児の保護者は、戸籍事務所にて新生児の出生届を申請する際、同時に新生児の健康保険加入および写真付き（写真追加）または写真なしの健康保険カードを申請することができます。健保署は資料が提出された後、新生児の保険加入手続きを行い、健康保険カードを送付します。写真「付き」カード（写真追加）を申請した場合、申請後、戸籍事務所提供の証明書のQRコードを健保署「健康保険カード写真アップロードプラットフォーム」で写真を追加し、健保署は当該写真により健康保険カードを発行します。出生から60日以内の健康保険カードを受領していない新生児は、両親の健康保険カードで受診するか、あるいは児童の予防保険サービスを受けることができます。

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、氏名変更などの場合は、身分証明書正本（14歳以下で身分証を未申請の方は、戸籍名簿の正本をお持ちください）及び2インチの写真を一枚健保署の各サービス拠点に持参すると、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、資料と写真に誤りがないか確認するだけで、申請が完了します。

2. カード作成サービスの現地化

各縣市、離島の住民が即時に健康保険カードを申請して受診できるよう、健保署は2016年より対外サービス拠点及び一部役所にて、健康保険カードの現地発行を全面的に開始しました。これによって窓口でカードの申請、受領を行うことができるようになり、すぐにカードを使いたいという住民の要望を叶えられることとなりました。窓口で健康保険カードの申請、受領を行った住民の方は写真ファイルを保存したディスクを持参するか、またはモバイルデバイスからE-mailで写真ファイルをアップロードすることもできます。（「健康保険カードの窓口カード発行場所」については、第8章をご参照ください）



3. 証明不要専用区における健康保険カード申請サービス

窓口などで健康保険カードの申請・受理を待つ時間を短縮し、ユーザーフレンドリーなオンライン申請を提供するために、戸籍名簿に登録の戸籍番号を対象に、健保署グローバル情報サイトで健康保険カード申請を行い、申請費を納めた場合、ただちに健保署の対外サービス拠点において健康保険カードを受理することができます。カード受領の際は、確認のために身分証明書の原本をお持ちください。代理人が代理受理する場合は、同時に申請者と代理人の身分証明書の原本をご提示いただく必要があります。

4. 窓口クレジットカード及び電子チケット支払いサービス

現金を持参して支払うリスクを下げるために、本署の各サービス拠点では、クレジットカードを使って健康保険に関連する費用を支払うことができます。また、**easy-card** 或いは **i-pass** を使って、健康保険カードの作成費用を支払うこともできます。

5. 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サービスセンター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) 現在多くのがんの重大傷病証明の有効期限は **5 年**、一部のがんについては **3 年** となっていますが、満期時にはがん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再発行されます。



弱者への思いやり

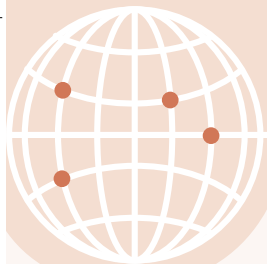
1. 弱者を思いやり、真心をこめて

健保署では「思いやりエリア」を設け、健康保険費用の支払いに困難な社会的弱者の方に対して分割払い、援助融資などのサポートを行っています。それでも有効的に経済困難を解決できない場合は、思いやり募金を運用し、健康保険に関連する費用を負担します。社会全体からの思いやりを彼らに届けます。

2. 「戸籍作成前の新住民健康保険料補助計画」

健保署では各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」の戸籍作成前の新住民に対し、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
健保お問い合わせサービスダイヤル：0800-030-598（携帯電話からは02-4128-678）。

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 金門県金城鎮環島北路 65 号 1 階
連江連絡事務所	(083)622-368	20941 連江県南竿鄉復興村 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 新竹県竹北市光明九路 9-12 号
苗栗連絡事務所	(03)433-9111	36052 苗栗県苗栗市中正路 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 台中市豊原区市瑞安街 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



業務拠点	電話番号	住所
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 南投県草屯鎮中興路 126 号
南区業務組	(06)224-5678	70006 台南市中西区公園路 96 号
新宮連絡事務所	(06)224-5678	73064 台南市新宮区東学路 78 号
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)231-5151	80147 高雄市前金区中正四路 259 号
岡山連絡事務所	(07)231-5151	82050 高雄市岡山区大義二路 1 号 (国軍高雄総医院岡山分院 1 階)
旗山連絡事務所	(07)231-5151	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)231-5151	90071 屏東県屏東市広東路 1518 号
東港連絡事務所	(07)231-5151	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)231-5151	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
玉里連絡事務所	(03)833-2111	98142 花蓮県玉里鎮新興街 91 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

このハンドブックに収録している資料は 2019 年 7 月 1 日までのものであり、まれに法規が改められるため、健保署全球資訊網(健保署グローバル情報ネット) <https://www.nhi.gov.tw> にて最新の資料をご覧ください。

2020-2021 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 108 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

<https://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：加斌有限公司

電話：02-2325-5500

GPN: 1010802484 ISBN: 9789865439170

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。