

# 全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心

## 申請變更作業注意事項

### 1. 申請應注意事項：

- (1) 請至衛生福利部中央健康保險署全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心(下稱本中心)網站下載最新版本的「變更作業申請單」。
- (2) 「變更作業申請單」之「申請者」請務必簽章，且申請者須為該研究計畫之主持人(或共同、協同主持人)。
- (3) 請確認須備齊之所有申請文件。
- (4) 申請文件填妥後請郵寄至本中心。
- (5) 本中心審查完畢通知貴單位繳費。

### 2. 繳納規費應注意事項：

- (1) 繳費完成後，請將匯款單據影本(或電子檔)填妥收據抬頭及受理序號，回復至本中心。
- (2) 若繳費完成3週內尚未收到收據，請電洽本中心，電話：02-2348-6693、02-2348-6695。
- (3) 繳費前請先瞭解本中心所提供檔案、欄位及相關服務是否符合研究所需，繳費後除不可抗力因素外概不退費。

3. 本變更申請單經核准使用之資料，使用期限同原合約期限，逾時需重新申請及計費。

4. 本中心僅限攜出符合研究目的且超過五單位之統計結果，個案資料不予攜出。

## 全民健康保險保險人資訊整合應用服務中心變更作業申請單

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受理序號：\_\_\_\_\_(由中心填寫)

| 一、申請者資料 (限本國人) |  |                       |  |
|----------------|--|-----------------------|--|
| 姓名             |  | 職 稱                   |  |
| 服務機構           |  | 身分證字號                 |  |
| 服務單位           |  | 聯絡電話                  |  |
| 電子郵件           |  |                       |  |
| 聯絡地址           |  |                       |  |
| 聯絡人姓名          |  | 聯絡人電話                 |  |
| 目的及用途          | <input type="checkbox"/> 碩博士論文 (需檢附在學證明、論文摘要)<br>論文名稱：_____  |                       |  |
|                | <input type="checkbox"/> 研究計畫：補助單位 _____、計畫編號 _____<br>計畫名稱：_____  |                       |  |
|                | <input type="checkbox"/> 人工智慧應用模型/程式訓練<br>名稱_____  |                       |  |
|                | <input type="checkbox"/> 其他_____   |                       |  |
| 單位類別           | <input type="checkbox"/> 政府單位 <input type="checkbox"/> 學術單位 <input type="checkbox"/> 其他_____   |                       |  |
| 原受理序號          |  |                       |  |
| 二、變更內容         |  |                       |  |
| 申請變更項目:        | <input type="checkbox"/> 增加工作日數 (依收費標準計費) · 請續填2-1   |                       |  |
|                | <input type="checkbox"/> 變更申請資料檔內容 (依收費標準計費) · 請續填2-2<br><small>註：申請變更增加檔案(含年度)限一次；現有檔案下申請增加欄位以四次為限，首次申請變更增加欄位以增加之欄位數計費，第二次起則以申請變更後之資料檔總欄位數計費。</small> |                       |  |
|                | <input type="checkbox"/> 人員異動 · 請續填2-3及2-4<br><small>註：1.變更人數以六個人次為限 2.新增之人員資料請詳載於變更原因<br/>3.變更後資料處理人員以六人為限</small>                                    |                       |  |
| 2-1增加工作日數      | 原申請資料：<br>首次申請日數：____日<br>續申請__次，共續__日   | 變更申請資料：<br>新增日數：____日 |  |
| 2-2變更申請資料檔內容   | 新增檔案數：____個(請填四、新增檔案資料)<br>異動檔案數：____個(請填五、異動檔案資料)   |                       |  |

| 2-3人員異動   |                     | 資料處理人員__人 |       |    | 新增__人，刪除__人<br>註：異動後資料處理人數以六人為上限 |    |             |  |
|-----------|---------------------|-----------|-------|----|----------------------------------|----|-------------|--|
| 2-4人員異動名單 | 異動情形                | 姓名        | 身分證字號 | 性別 | 機構/單位                            | 職稱 | 連絡電話/E-mail |  |
|           | 刪除人員                |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           | 新增人員                |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           | <b>三、變更原因 (請詳述)</b> |           |       |    |                                  |    |             |  |
|           |                     |           |       |    |                                  |    |             |  |

| 四、新增檔案資料 (以本中心既有之檔案及欄位為準) (依「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」計費) |                          |                 |                   |          |        |       |
|--|--------------------------|-----------------|-------------------|----------|--------|-------|
|  | 勾選                       | 代碼              | 資料檔名稱             | 附件序號     | 所需資料年度 | 所需欄位數 |
| (1)全民健康保險醫療服務申報類總表、明細、醫令檔案                             | <input type="checkbox"/> | 101             | 門診費用申請總表主檔        | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 102             | 門診處方及治療明細檔        | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 103             | 門診處方醫令明細檔         | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 104             | 住院費用申請總表主檔        | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 105             | 住院醫療費用清單明細檔       | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 106             | 住院醫療費用醫令清單明細檔     | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 107             | 特約藥局處方及調劑明細檔      | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 108             | 特約藥局處方調劑醫令檔       | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 109             | 特約物理治療所處方及調劑明細檔   | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 110             | 特約物理(職能)治療所醫令     | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 111             | 特約醫事檢驗機構、放射機構點數清單 | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 112             | 特約醫事檢驗機構、放射機構醫令   | 附件       |        |       |
| (2)全民健康保險承保類檔案   | <input type="checkbox"/> | 201             | 保險對象資訊檔           | 附件       |        |       |
| (3)IC卡上傳類檔案  | <input type="checkbox"/> | 以需求訪談方式確認申請者需求。 |                   | 需求說明書如附件 |        |       |
| (4)檢驗檢查上傳類檔案   | <input type="checkbox"/> | 401             | 檢驗(查)結果上傳資料明細     | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 402             | 檢驗(查)結果上傳資料合併明細檔  | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 403             | 標準化實驗室檢查資料表       | 附件       |        |       |
| (5)VPN上傳類檔案  | <input type="checkbox"/> | 以需求訪談方式確認申請者需求。 |                   | 需求說明書如附件 |        |       |
| (6)特約醫事機構類檔案   | <input type="checkbox"/> | 604             | 醫事機構主檔            | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 605             | 醫事人員執業資料記錄檔       | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 606             | 專科醫師證書檔           | 附件       |        |       |
| (8)其他本署核可之檔案   | <input type="checkbox"/> | 801             | 重大傷病檔             | 附件       |        |       |

| 五、異動檔案資料 (以本中心既有之檔案及欄位為準) (依「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」計費) |                          |                 |                   |          |        |       |
|--|--------------------------|-----------------|-------------------|----------|--------|-------|
|  | 勾選                       | 代碼              | 資料檔名稱             | 附件序號     | 所需資料年度 | 所需欄位數 |
| (1)全民健康保險醫療服務申報類總表、明細、醫令檔案                             | <input type="checkbox"/> | 101             | 門診費用申請總表主檔        | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 102             | 門診處方及治療明細檔        | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 103             | 門診處方醫令明細檔         | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 104             | 住院費用申請總表主檔        | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 105             | 住院醫療費用清單明細檔       | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 106             | 住院醫療費用醫令清單明細檔     | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 107             | 特約藥局處方及調劑明細檔      | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 108             | 特約藥局處方調劑醫令檔       | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 109             | 特約物理治療所處方及調劑明細檔   | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 110             | 特約物理(職能)治療所醫令     | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 111             | 特約醫事檢驗機構、放射機構點數清單 | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 112             | 特約醫事檢驗機構、放射機構醫令   | 附件       |        |       |
| (2)全民健康保險承保類檔案   | <input type="checkbox"/> | 201             | 保險對象資訊檔           | 附件       |        |       |
| (3)IC卡上傳類檔案  | <input type="checkbox"/> | 以需求訪談方式確認申請者需求。 |                   | 需求說明書如附件 |        |       |
| (4)檢驗檢查上傳類檔案   | <input type="checkbox"/> | 401             | 檢驗(查)結果上傳資料明細     | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 402             | 檢驗(查)結果上傳資料合併明細檔  | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 403             | 標準化實驗室檢查資料表       | 附件       |        |       |
| (5)VPN上傳類檔案  | <input type="checkbox"/> | 以需求訪談方式確認申請者需求。 |                   | 需求說明書如附件 |        |       |
| (6)特約醫事機構類檔案   | <input type="checkbox"/> | 604             | 醫事機構主檔            | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 605             | 醫事人員執業資料記錄檔       | 附件       |        |       |
|  | <input type="checkbox"/> | 606             | 專科醫師證書檔           | 附件       |        |       |
| (8)其他本署核可之檔案   | <input type="checkbox"/> | 801             | 重大傷病檔             | 附件       |        |       |

本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤，並僅同意提供貴中心作業之用。

(同意請打勾)

申請人：\_\_\_\_\_ (請簽章)