

名稱：全民健康保險法

修正日期：民國 109 年 01 月 15 日

第一章 總則

第 1 條

為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下稱本保險），以提供醫療服務，特制定本法。

本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。

第 2 條

本法用詞，定義如下：

一、保險對象：指被保險人及其眷屬。

二、眷屬：

（一）被保險人之配偶，且無職業者。

（二）被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

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

三、扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。

四、保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額。

五、保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

六、就醫輔導：指保險對象有重複就醫、多次就醫或不當醫療利用情形時，針對保險對象進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。

第 3 條

政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

第 4 條

本保險之主管機關為衛生福利部。

第 5 條

本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

一、保險費率之審議。

- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。

前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。

健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

第 6 條

本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。

前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。

前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。

全民健康保險爭議審議會應定期以出版公報、網際網路或其他適當方式，公開爭議審議結果。

前項公開，應將個人、法人或團體資料以代碼、匿名、隱藏部分資料或其他方式，達無從辨識後，始得為之。

第 二 章 保險人、保險對象及投保單位

第 7 條

本保險以衛生福利部中央健康保險署為保險人，辦理保險業務。

第 8 條

具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：

- 一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。
- 二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：

- (一) 政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。
- (二) 公民營事業、機構之受僱者。
- (三) 前二目被保險人以外有一定僱主之受僱者。
- (四) 在臺灣地區出生之新生嬰兒。
- (五) 因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。

曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款六個月之限制。

第 9 條

除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：

- 一、在臺居留滿六個月。
- 二、有一定僱主之受僱者。
- 三、在臺灣地區出生之新生嬰兒。

第 10 條

被保險人區分為下列六類：

一、第一類：

- (一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
- (二) 公、民營事業、機構之受僱者。
- (三) 前二目被保險人以外有一定僱主之受僱者。
- (四) 僱主或自營業主。
- (五) 專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

- (一) 無一定僱主或自營作業而參加職業工會者。
- (二) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

- (一) 農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。
- (二) 無一定僱主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：

- (一) 應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。
- (二) 服替代役期間之役齡男子。
- (三) 在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

六、第六類：

- (一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。
- (二) 第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

第 11 條

第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。但僱用勞工合力從事海洋漁撈工作之漁會甲類會員，其僱用人數十人以下，且其仍實際從事海洋漁撈工作者，自中華民國九十一年一月二十一日起，得以第三類被保險人身分參加本保險。

具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。

第 12 條

符合第二條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。但有遭受家庭暴力等難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形，經主管機關認定者，不在此限。

第 13 條

有下列情形之一者，非屬本保險保險對象；已參加者，應予退保：

- 一、失蹤滿六個月者。
- 二、不具第八條或第九條所定資格者。

第 14 條

保險效力之開始，自合於第八條及第九條所定資格之日起算。

保險效力之終止，自發生前條所定情事之日起算。

第 15 條

各類被保險人之投保單位如下：

- 一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。
- 二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。
- 三、第四類被保險人：
 - (一) 第十條第一項第四款第一目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。
 - (二) 第十條第一項第四款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。
 - (三) 第十條第一項第四款第三目被保險人，以法務部及國防部指定之單

位為投保單位。

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

第十條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十三條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。

投保單位欠繳保險費二個月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。

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

第 16 條

保險人得製發具電子資料處理功能之全民健康保險憑證（以下稱健保卡），以存取及傳送保險對象資料。但不得存放非供醫療使用目的及與保險對象接受本保險醫療服務無關之內容。

前項健保卡之換發及補發，保險人得酌收工本費；其製發、換發、補發、得存取及傳送之資料內容與其運用、使用管理及其他有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

第三章 保險財務

第 17 條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 18 條

第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。

前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

第 19 條

第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

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

投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之

差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

第 20 條

第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

- 一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。
- 二、雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。
- 三、自營作業者及專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。

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

第 21 條

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

前項被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資；如有本保險投保金額較低之情形，投保單位應同時通知保險人予以調整，保險人亦得逕予調整。

第 22 條

第三類被保險人之投保金額，以第十條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

第 23 條

第四類至第六類保險對象之保險費，以依第十八條規定精算結果之每人平均保險費計算之。

前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

第 25 條

本保險財務，由保險人至少每五年精算一次；每次精算二十五年。

第 26 條

本保險有下列情形之一時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告：

- 一、本保險之安全準備低於一個月之保險給付總額。
- 二、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡。

第 四 章 保 險 費 之 收 繳 及 計 算

第 27 條

第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：

一、第一類被保險人：

(一) 第十條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，其餘百分之三十五，由中央政府補助。

(二) 第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助。

(三) 第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，由中央政府補助。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，由中央政府補助。

四、第四類被保險人：

(一) 第十條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。

(二) 第十條第一項第四款第二目被保險人，由中央役政主管機關全額補助。

(三) 第十條第一項第四款第三目被保險人，由中央矯正主管機關及國防部全額補助。

五、第五類被保險人，由中央社政主管機關全額補助。

六、第十條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國

軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第十條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第 28 條

各級政府於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，未依修正前之第二十九條規定將所應負擔之保險費撥付保險人者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾八年，保險人並應依修正前之第三十條規定向其徵收利息。

第 29 條

第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之。

第 30 條

第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：

- 一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。
- 二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。
- 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之中央社政主管機關，於當月五日前撥付保險人。
- 四、第一類至第四類及第六類保險對象之保險費，應由各機關補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

前項保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第 31 條

第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

- 一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。
- 二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。
- 三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。
- 四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。
- 五、利息所得。
- 六、租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

第 32 條

未具投保資格、喪失投保資格或保險對象有前條所定免由扣費義務人扣取補充保險費之情形者，應於受領給付前，主動告知扣費義務人，得免扣取補充保險費。

第 33 條

第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。

第 34 條

第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。

第 35 條

投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期限屆至翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：

- 一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。
- 二、於保險對象為其應納費額之百分之五。

前項滯納金，於主管機關公告之一定金額以下時，免予加徵。

第一項之保險費及滯納金，於投保單位、扣費義務人應繳納之日起，逾三十日未繳納時，保險人得將其移送行政執行；於保險對象逾一百五十日未繳納時，亦同。

第 36 條

有經濟上之困難，未能一次繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，得向保險人申請分期繳納，或依第九十九條之規定申請貸款或補助；保險人並應主動協助之，必要時應會同社政單位或委託民間相關專業團體，尋求社會資源協助。

前項申請之條件、審核程序、分期繳納期限及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

第 37 條

保險人於投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金前，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。但被保險人

應繳部分之保險費已由投保單位扣繳、已繳納於投保單位、經依前條規定經保險人核定其得分期繳納，或保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護期間時，不在此限。

前項暫行停止保險給付期間內之保險費仍應予計收。

第 38 條

投保單位、扣費義務人積欠保險費或滯納金，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人應負清償責任。

第 39 條

本保險之保險費、滯納金，優先於普通債權。

第五章 保險給付

第 40 條

保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。

前項保險對象就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項之醫療辦法，由主管機關定之。保險對象收容於矯正機關者，其就醫時間與處所之限制，及戒護、轉診、保險醫療提供方式等相關事項之管理辦法，由主管機關會同法務部定之。

第 41 條

醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。

第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

第 42 條

醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付

項目及支付標準之訂定，亦同。

醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。

前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。

第 43 條

保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。

第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

第 44 條

保險人爲促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。

前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬爲實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。

第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。

第 45 條

本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。

保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額。

前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

第 46 條

保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。

前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。

第 47 條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二

十；逾六十日起，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。

保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。

第 48 條

保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：

- 一、重大傷病。
- 二、分娩。
- 三、山地離島地區之就醫。

前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。

第 49 條

符合社會救助法規定之低收入戶成員就醫時，依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助。但不經轉診於各級醫院門診就醫者，除情況特殊者外，不予補助。

第 50 條

保險對象依第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。

保險醫事服務機構對保險對象未依前項規定繳納之費用，催繳後仍未繳納時，得通知保險人；保險人於必要時，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。但保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護期間時，不適用之。

第 51 條

下列項目不列入本保險給付範圍：

- 一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。
- 二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。
- 三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
- 四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。
- 五、指定醫師、特別護士及護理師。
- 六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。
- 七、人體試驗。
- 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。
- 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。

十、病人交通、掛號、證明文件。

十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。

十二、其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。

第 52 條

因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。

第 53 條

保險人就下列事項，不予保險給付：

- 一、住院治療經診斷並通知出院，而繼續住院之部分。
- 二、有不當重複就醫或其他不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫。但情況緊急時不在此限。
- 三、使用經事前審查，非屬醫療必要之診療服務或藥物。
- 四、違反本保險規定之有關就醫程序。

第 54 條

保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人審查認定不符合本法規定者，其費用不得向保險對象收取。

第 55 條

保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：

- 一、於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。
- 二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。
- 三、於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。
- 四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。
- 五、依第四十七條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。

第 56 條

保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：

- 一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內

二、依第三款規定申請者，為繳清相關費用之日起六個月內，並以最近五年發生者為限。

三、依第五款規定申請者，為次年六月三十日前。

保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

第 57 條

保險對象不得以同一事故重複申請或受領核退自墊醫療費用。

第 58 條

保險對象依第十三條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；保險人應退還其溢繳之保險費。已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用。

第 59 條

保險對象受領核退自墊醫療費用之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

第 六 章 醫 療 費 用 支 付

第 60 條

本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

第 61 條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

第 62 條

保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。

前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。

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

藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

第 63 條

保險人對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之。

前項醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。

醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查之辦法，由主管機關定之。

第一項得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序、監督及權利義務等有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

第 64 條

醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。

第 65 條

第六十一條第三項及第六十二條第四項之規定得分階段實施，其實施日期，由主管機關定之；未實施前，醫療服務給付項目及支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

第七章 保險醫事服務機構

第 66 條

醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，得申請特約為保險醫事服務機構之醫事服務機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。

前項醫事服務機構，限位於臺灣、澎湖、金門、馬祖。

第 67 條

特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。

特約醫院應每日公布保險病床使用情形。

保險人應每月公布各特約醫院之保險病房設置比率，並每季查核之。

第 68 條

保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。

第 69 條

保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其健保卡；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，保險人應予追還。但不可歸責於保險醫事服務機構者，不在此限。

第 70 條

保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務或協助其轉診，不得無故拒絕其以保險對象身分就醫。

第 71 條

保險醫事服務機構於診療保險對象後，應交付處方予保險對象，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。

保險對象門診診療之藥品處方及重大檢驗項目，應存放於健保卡內。

第 72 條

為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。

第 73 條

保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。

前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：

- 一、資產負債表。
- 二、收支餘絀表。
- 三、淨值變動表。
- 四、現金流量表。
- 五、醫務收入明細表。
- 六、醫務成本明細表。

第 74 條

保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。前項醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

第 75 條

保險醫事服務機構申報之保險藥品費用逾主管機關公告之金額者，其與藥商間之藥品交易，除為罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事外，應簽訂書面契約，明定其權利義務關係。

主管機關應會同行政院公平交易委員會訂定前項書面契約之定型化契約範本及其應記載及不得記載事項。

第 八 章 安全準備及行政經費

第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

第 77 條

本保險之基金，得以下列方式運用：

- 一、公債、庫券及公司債之投資。
- 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。
- 三、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

第 78 條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

第 九 章 相關資料及文件之蒐集、查閱

第 79 條

保險人為辦理本保險業務所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕。

保險人依前項規定所取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料之保存、利用等事項，應依個人資料保護法之規定為之。

第 80 條

主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

前項相關資料之範圍、調閱程序與訪查、查詢等相關事項之辦法，由主管機關定之。

第十章 罰則

第 81 條

以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。

保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。

第 82 條

保險醫事服務機構違反第六十八條之規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。

第 83 條

保險醫事服務機構違反第六十八條規定，或有第八十一條第一項規定行為，保險人除依第八十一條及前條規定處罰外，並得視其情節輕重，限定其於一定期間不予特約或永不特約。

第 84 條

投保單位未依第十五條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。

前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。

投保單位未依規定負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險人外，並按應負擔之保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。

第 85 條

扣費義務人未依第三十一條規定扣繳保險對象應負擔之補充保險費者，保險人得限期令其補繳外，並按應扣繳之金額處一倍之罰鍰；未於限期內補繳者，處三倍之罰鍰。

第 86 條

特約醫院之保險病房未達第六十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，依其不足數每床處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，保險人並應令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。

第 87 條

保險醫事服務機構違反第七十五條第一項規定，未簽訂書面契約，或違反主管機關依第七十五條第二項規定所定應記載及不得記載事項規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，保險人並得令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。

第 88 條

保險對象違反第十一條規定參加本保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。

前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。

第 89 條

有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：

- 一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。
- 二、第二類及第三類被保險人，將其投保金額以多報少者。

第 90 條

違反第七十條或第八十條第一項規定者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。

第 91 條

保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。

第 92 條

本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。

第十一章 附則

第 93 條

投保單位、保險對象或保險醫事服務機構積欠本保險相關費用，有隱匿或移轉財產、逃避執行之情事者，保險人得聲請法院就其財產實施假扣押，並得免提供擔保。

第 94 條

被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險給付。

保險人得接受勞工保險保險人之委託，辦理職業災害保險之醫療給付事宜。

前項職業災害保險醫療給付委託之範圍、費用償付及其他相關事項之辦法，由主管機關會同中央勞工保險主管機關定之。

第 95 條

保險對象因汽車交通事故，經本保險之保險人提供保險給付後，得向強制汽車責任保險之保險人請求償付該項給付。

保險對象發生對第三人有損害賠償請求權之保險事故，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：

一、公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求；未足額清償時，向第三人請求。

二、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未足額清償或未投保者，向第三人請求。

前項所定公共安全事故與重大交通事故、公害及食品中毒事件之最低求償金額、求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。

第 96 條

本保險之財務收支，由保險人以作業基金方式列入年度預算辦理。

第 97 條

本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。

第 98 條

第三十五條、第三十七條、第五十條第二項及第九十一條有關滯納金、暫行停止給付或罰鍰之規定，於被保險人經濟困難資格期間，不適用之。

第 99 條

主管機關得編列預算設置紓困基金，供經濟困難，無力繳納保險費之保險對象無息申貸或補助本保險保險費及應自行負擔之費用。

前項申貸，除申貸人自願提前清償外，每月償還金額，不得高於開始申貸當時之個人保險費之二倍。

第一項基金之申貸及補助資格、條件、貸款償還期限與償還方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

第 100 條

前二條所定經濟困難，其認定標準，由主管機關參考社會救助相關標準定

之。

第 101 條

依本法中華民國一百年一月四日修正施行前第八十七條之四第一項及第二項規定申請延緩繳納保險費或清償貸款者，保險人應定期查核被保險人之清償能力。

第 102 條

本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前，本保險之累計財務短絀金額，由中央主管機關分年編列預算撥補之。

第 103 條

本法施行細則，由主管機關定之。

第 104 條

本法施行日期，由行政院定之。

本法修正條文，除中華民國一百年六月二十九日修正之第十一條施行日期由行政院定之外，自公布日施行。