

衛生福利部國民健康署 未依附父母健保新生兒聽力篩檢費用申請作業

109 年 12 月 24 日國健婦字第 1090403721 號公告訂定

壹、目的

依醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項（以下稱注意事項）本署提供本國籍 3 個月內新生兒聽力篩檢服務，為尚未取得健保身分未能依附父母健保且符合新生兒聽力篩檢服務資格之新生兒順利接受新生兒聽力篩檢服務，與提供該服務之全民健康保險特約醫事服務機構申請補助費用，訂定本費用申請作業流程。

貳、申請機構：

本署核定提供新生兒聽力篩檢補助服務之全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱醫事服務機構）。

參、費用申報作業流程

- 一、醫事服務機構依注意事項規定流程提供新生兒聽力篩檢服務後，填具「未依附父母健保新生兒聽力篩檢個案補助款申領清單及領據」（附件 1），並連同新生兒聽力檢查紀錄影本（可參考附件 2 格式，正本請依醫療法留存於病歷中備查），於次月 2 日前送衛生局，篩檢結果需依注意事項規定於篩檢後 14 日內輸入「醫療院所預防保健服務系統單一入口整合規劃『婦幼健康管理整合系統』」（<https://portal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>）。
- 二、衛生局審核醫事服務機構送件資料，於每月 10 日前填寫申領送件清單（附件 3），連同篩檢補助款申領清單及領據送國民健康署辦理核撥補助金額予醫事服務機構。
- 三、當年度補助款需於當年 12 月 25 日前申領費用，自 12 月 26 日後者併列至次年度 1 月份申領費用。

附件 1

國民健康署未依附父母健保新生兒聽力檢查個案
補助款申領清單及領據

年 月份

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

個案姓名	母親姓名	母親身分證字號 /統証編號	新生兒出生日期	檢查日期	申請補助金額
					(新台幣：元) 新生兒聽力檢查 每個案 700 元
合計		新生兒聽力檢查_____案		總金額_____元	

茲領到 年 月份 未依附父母健保新生兒聽力檢查個案 補助款

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 衛生福利部國民健康署

醫院（診所） 主辦人員：_____（請蓋職章）

出納人員：_____

名稱（全銜）：請寫全名及蓋機關章 會計人員：_____

院 長：_____

統一編號：

聯絡電話：（ ） _____ 註：私立醫院（診所）如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：（ ） _____

撥款之銀行分行別： _____ 金融帳號： _____ 戶名： _____

衛生局審核：承辦人 _____ 科/課長 _____

中華民國 年 月 日

國民健康署新生兒聽力篩檢檢查紀錄結果表單

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

基本資料												
母親姓名	母親身分證字號											
	母親護照號碼(外籍人士)											
新生兒出生日期	____年____月____日			母親聯絡資訊			電話：(____) _____ 手機：_____					
新生兒性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□											
	縣	市鄉	村	路	段	巷	號	市	區鎮	里	街	弄
新生兒聽力檢查結果												
檢查機構名稱				檢查醫事機構代碼								
第一次檢查日期	____年____月____日											
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)			左耳結果			<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)					
	<input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)，須進行第二次篩檢						<input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)，須進行第二次篩檢					
	<input type="checkbox"/> 未篩或拒篩						<input type="checkbox"/> 未篩或拒篩					
第二次檢查日期	____年____月____日											
右耳結果	<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)			左耳結果			<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)					
	<input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)						<input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)					
	<input type="checkbox"/> 未篩或拒篩						<input type="checkbox"/> 未篩或拒篩					
檢查結果	<input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL) <input type="checkbox"/> 不確定：第一次篩檢不通過(>40dBnHL)，未做第二次篩檢 <input type="checkbox"/> 未篩或拒篩											
檢查人員												

備註：

- 1.本紀錄表填方式請參照「新生兒聽力篩檢資料電子檔申報格式」。
- 2.本表資料將會作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。
- 3.新生兒聽力檢查結果如第一次篩檢左、右耳皆<40 dBnHL（篩檢儀器設定為 35dBnHL）為通過免進行第二次篩檢，如左、右耳或其中一耳聽力≥40dBnHL（篩檢儀器設定為 35dBnHL）為不通過，須進行第二次篩檢。
- 4.篩檢疑似異常個案需進行進一步確診，請依中央健康保險署全民健保轉診規定填寫全民健康保險院(所)轉診單。

附件 3

___ 年 ___ 月份 ___ 縣市衛生局

國民健康署未依附父母健保新生兒聽力檢查個案

補助款 送件清單

【本檢查由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助】

鄉鎮市 區別	受補助單位	申請 個案數	補助項目金額	總金額	備註
			新生兒聽力檢查 每個案 700 元		

承辦人：

單位主管：