

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之 標示製作作業說明

### 一、預算來源

106年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

### 二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫巡迴醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 巡迴地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

### 三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

#### 四、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

# 全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----