

衛生福利部中央健康保險署令

中華民國 106 年 8 月 10 日

健保資字第 1060039617 號

修正「資訊服務單位加入健保資訊網申請作業執行要點」，並將名稱修正為「加入健保資訊網申請作業執行要點」，並自即日生效。

附修正「加入健保資訊網申請作業執行要點」

署 長 李伯璋

加入健保資訊網申請作業執行要點修正規定

一、目的：

衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱本署）之「健保資訊網」，為提供全民健康保險（以下簡稱本保險）特約醫事服務機構及其他與本署業務相關之政府機關進行各項健保資訊業務運作的重要網路。為確保連線健保資訊網應用得以順利運作，特訂定本要點，俾相關單位遵循。

二、目標與效益：

- (一) 使有助於本保險制度發展與服務之單位，能透過標準化之申請與管理，提供各項便捷之服務。
- (二) 透過有效之管理機制，確保「健保資訊網」，能提供各項具公正性、安全性、正確性與有效性之資訊應用，以維護「健保資訊網」之合理運用與使用者信心。

三、適用對象：

- (一) 本保險特約醫事服務機構。
 - (二) 與本署業務相關之政府機關及其委外之相關單位。
 - (三) 提供資訊服務、開發維護、資訊通信安全、故障排除等服務之資訊服務單位。
- 後續如有擴大適用對象之需要，本署將另行公告調整。

四、申請資格：

- (一) 本保險特約醫事服務機構：經本署特約之醫事服務機構。
- (二) 與本署業務相關之政府機關及其委外之相關單位：經本署專案核可者。
- (三) 提供資訊服務、開發維護、資訊通信安全、故障排除等服務之資訊服務單位，需符合下列資格：
 - 1、經中華民國政府機關核准成立之公司行號，其營業項目與資訊通信服務、電腦系統、電腦設備、軟體開發或維護等相關之業者。
 - 2、有意願與能力提供本保險或經本署同意之相關資訊服務予本保險特約醫事服務機構，且確有連線「健保資訊網」之必要，願意遵守本要點所列注意事項者。
 - 3、擁有至少二十家以上之本保險特約之醫事服務機構或至少五家地區醫院級以上之本保險特約醫事服務機構客戶。

五、申請程序：

- (一) 本保險特約醫事服務機構：向本署健保資訊網路提供業者申請。
- (二) 與本署業務相關之政府機關及其委外之相關單位：經專案核准後向本署健保資訊網路提供業者申請。
- (三) 提供資訊服務、開發維護、資訊通信安全、故障排除等服務之資訊服務單位：
 - 1、申請單位應檢附下列申請文件，掛號郵寄至「10634 台北市信義路三段一四〇號十四樓中央健康保險署申請健保資訊網」收：
 - (1) 資訊服務單位加入健保資訊網申請表（詳如附件一）
 - (2) 列印經濟部公司基本資料查詢，並加蓋公司章確認資料無誤。
 - (3) 服務暨資安保密切結書一份（詳如附件二）。
 - (4) 本保險特約醫事服務機構客戶之清單（詳如附件三）。
 - 2、申請單位所填寫之用戶名稱，應以公司登記證明書記載之公司名稱申請，申請裝機地址亦須與該單位公司登記證明書公司地址相符。
 - 3、本署於審查通過後，將函復申請單位，申請單位於收到本署審查通過之回函後，請逕向本署健保資訊網路提供業者聯絡窗口申請。

六、連線方式與收費標準：

- (一) 連線方式以本署當年度提供本保險特約醫事服務機構之連線方式為主。惟基於管理之需，提供資訊服務、開發維護、資訊通信安全、故障排除等服務之資訊服務單位不接受申請無線網路。
- (二) 一家資訊服務單位限申請一門線路，連線速率自選。
- (三) 資訊服務單位所申請之健保資訊網網路連線，僅限該單位使用，不得提供其他單位連入。
- (四) 連線費用請逕洽健保資訊網路提供業者辦理。

七、應用範圍：

提供本保險特約醫事服務機構有關健保資訊應用，以及其他經本署同意之相關服務為限，不得從事任何廣告、營利、促銷等直接或間接之商業性活動，亦不得有掃描、擷取「健保資訊網」上其他使用者資料、提供第三者透過申請之線路進入健保資訊網、干擾網路正常傳輸流量或其他任何侵害健保資訊網路使用者權益之行為；亦不得以直接或間接方式另外建置健保資訊網與網際網路連線之通道，或為其他影響健保資訊網資訊安全之行為。

另提供資訊服務、開發維護、資訊通信安全、故障排除等服務之資訊服務單位具體合理之應用範圍如下：

- (一) 本保險特約醫事服務機構端電腦軟、硬體、通訊線路之疑難或障礙排除。
- (二) 本保險特約醫事服務機構端資訊系統版本之升級、測試、維護。
- (三) 配合應用系統之開發與修改，與本署或其他經本署同意之政府機關及其委外之相關單位進行測試、模擬與確認。
- (四) 協助本保險特約醫事服務機構端建置及維護資訊通信安全環境。
- (五) 其他本署業務相關之政府機關及其委外之相關單位建置之應用系統，經本署同意者。

八、其他事項：

- (一) 申請單位應確保使用「健保資訊網」之資訊安全，並視需要設置防火牆、防毒等資訊安全管理機制；進行服務時，應謹慎小心，避免有任何危害網路安全之行為。
- (二) 申請單位經人員具名反映，涉嫌有從事廣告、促銷等直接或間接之商業行為，或有任何妨礙資訊安全與侵害本署或其他特約醫事服務機構權益之情事，或經反映未盡本要點應盡義務之事項，經本署調查屬實，本署得通知限期改善。逾期仍未改善時，本署保留逕行通知健保資訊網路提供業者停止申請單位至少二年繼續使用「健保資訊網」之權利。
- (三) 若因申請單位不當行為，導致本署或「健保資訊網」上應用單位遭受損失，申請單位需負損害賠償暨相關法律責任。
- (四) 本署將不定期查核各申請單位之使用情況，經查獲違反本要點規定者，將逕行停止申請單位連線，同時二年內不得重新申請。
- (五) 本要點訂定前已申請並審核通過者，毋須重新提出申請，但相關管理規定以本要點為準。

九、聯絡方式：

(一) 本署資訊組

電話：(〇二) 二七〇六五八六六分機二二九〇

Email：h50@nhi.gov.tw

傳真：(〇二) 二七〇二四四一四

(二) 健保資訊網路提供業者：詳本署審查通過之回函或電話詢問。

附件一

「資訊服務單位加入健保資訊網」申請表

| | | | |
|---------------|--|----------|-----|
| 公司名稱 | | | |
| 統一編號 | | 公司電話 | () |
| 負責人 | | 公司傳真 | () |
| 聯絡人/職稱 | | 聯絡人電話/分機 | () |
| e-mail | 網址 | | |
| 公司地址 | □□□ | | |
| 院所客戶數 | <input type="checkbox"/> 醫學中心_____家 <input type="checkbox"/> 區域醫院_____家 <input type="checkbox"/> 地區醫院_____家 <input type="checkbox"/> 基層診所_____家 <input type="checkbox"/> 藥局_____家 <input type="checkbox"/> 其他_____家 | | |
| 檢附文件 (請勾選) | <input type="checkbox"/> 「資訊服務單位加入健保資訊網」申請表 <input type="checkbox"/> 列印經濟部公司基本資料查詢，並加蓋公司章確認資料無誤(1式1份) <input type="checkbox"/> 服務暨資安保密切結書正本(1式1份) <input type="checkbox"/> 全民健康保險特約醫事服務機構客戶清單 | | |

本公司願意以服務性質，提供全民健康保險特約醫事服務機構健保資訊網內資訊應用與服務，並遵守資訊安全與本網路使用規定。此致

衛生福利部中央健康保險署

申請單位及負責人蓋章：

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

申請日期： 年 月 日

附件二**服務暨資安保密切結書**

_____公司(以下簡稱為本公司)為配合衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)之健保資訊應用業務需求，輔導並維護本公司對全民健康保險特約醫事服務機構客戶進行相關資訊系統或軟體開發、測試及建置。本公司提供資訊服務項目如下：**(請務必填寫 貴公司擬在健保資訊網上提供予特約醫事服務機構之服務項目)**

- 一、
- 二、
- 三、

本公司願意在加入「健保資訊網」後，遵守本要點、衛生福利部所屬機關或所屬特約醫事服務機構資訊安全規定，提供資訊應用與服務；並保證因提供業務服務所需，獲自特約醫事服務機構客戶或健保署所提供業經核定機密等級與解密條件之保密性資訊，無論為內容之一部分或全部均負保密之責，迄醫事服務機構客戶或健保署對該等保密資訊解除機密為止。另因提供業務服務需要進入「健保資訊網」，保證恪遵保密檢查管制規定，不私自蒐集「健保資訊網」任何資訊，不任意散播不實之資安訊息、製作惡意程式或傳遞任何具有破壞性的駭客工具，亦不對「健保資訊網」造成任何入侵、滲透、破壞等行為。若所提供之資訊業務服務，不符合上述之規定或經營之服務項目超出上述範圍，或違犯法令，除無異議接受中斷健保資訊網連線外，本公司同意接受法律制裁、負損害賠償責任及訴訟費用。

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請單位及負責人蓋章：

日期： 年 月 日

附件三

全民健康保險特約醫事服務機構客戶清單

資訊服務單位申請加入健保資訊網請依下表填具醫事服務機構客戶清冊。本署得視需要，與醫事服務機構確認本清單之正確性。

| 編號 | 院所層級 ^註 | 醫事機構代碼 | 醫事機構名稱 | 聯絡人 | 聯絡電話 |
|----|-------------------|--------|--------|-----|------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

申請單位及負責人蓋章：

日期： 年 月 日

^註院所層級：地區(含)級以上醫院請填“2”，其他的院所客戶請填“1”；。