

國泰人壽實全心意住院醫療健康保險附約

- (給付項目：住院保險金、門診手術費用保險金、特定處置費用保險金、重大住院慰問保險金)
(住院保險金：「每日住院經常費用、每次住院醫療費用」實支實付與「住院日額」給付，二者擇一給付)
(各投保計劃別之每年保險金給付總限額請參附表一)
(本保險為一年期保證續保商品)
(本保險「疾病」等待期間為三十日，本公司對「疾病」應負的保險責任，自附約生效日起持續有效第三十一日或自復效日開始，詳請參閱附約條款)
(免費申訴電話：0800-036-599；傳真：0800-211-568；電子信箱(E-mail)：service@cathaylife.com.tw)

備 查 文 號

中華民國 109 年 04 月 28 日國壽字第 109040663 號

第一條 附約的訂立及構成

本國泰人壽實全心意住院醫療健康保險附約（以下簡稱本附約）依要保人的申請，附加於主保險契約（以下簡稱主契約）而訂定之。

本附約所載的條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本附約的構成部分。

本附約的解釋，應探求附約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

第二條 名詞定義

本附約名詞定義如下：

- 一、「被保險人」：指附加本附約並記載於保險單之主契約被保險人。
- 二、「疾病」：指被保險人自本附約生效日起持續有效第三十一日或復效日起所發生的疾病。但如被保險人附加時之保險年齡為零歲者，就下列疾病不適用等待期間三十日之限制：

- (一) 苯酮尿症。
- (二) 先天性甲狀腺低能症。
- (三) 高胱胺酸尿症。
- (四) 半乳糖血症。
- (五) 葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症。
- (六) 先天性腎上腺增生症。
- (七) 楓漿尿症。
- (八) 中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症。
- (九) 戊二酸血症第一型。
- (十) 異戊酸血症。
- (十一) 甲基丙二酸血症。
- (十二) 瓜胺酸血症第I型。
- (十三) 瓜胺酸血症第II型。
- (十四) 三羥基三甲基戊二酸尿症。
- (十五) 全羧化酶合成酶缺乏。
- (十六) 丙酸血症。
- (十七) 原發性肉鹼缺乏症。
- (十八) 肉鹼棕櫚醯基轉移酶缺乏症第I型。
- (十九) 肉鹼棕櫚醯基轉移酶缺乏症第II型。
- (二十) 極長鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症。
- (二十一) 早發型戊二酸血症第II型。

本附約續保時，若被保險人於續保日前附加已滿三十日者，則不受前項三十日的限制；但若被保險人於續保日前附加未滿三十日者，應以三十日扣除續保日前已附加日數，以其剩餘日數後所發生的疾病始為對被保險人所稱之「疾病」。

- 三、「傷害」：指被保險人於本附約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
- 四、「意外傷害事故」：指非由疾病引起之外來突發事故。
- 五、「醫院」：指依照醫療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及醫療法人醫院。
- 六、「住院」：指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院

接受診療者。但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。

- 七、「住院日數」：按被保險人同一次住院實際全日住進病房之住院日數(含住院及出院當日)計算之，但被保險人出院後又於同一日入院診療時，該日不得重複計入住院日數。
- 八、「手術」：指符合衛生福利部最新公布之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節或第三部第三章第四節第三項列舉之手術，不包括該支付標準其他部、章或節內所列舉者。如全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準如有變更或停止適用者，本款前段內容亦將隨之變更或停止適用。
- 九、「診所」：指依照醫療法規定設立並具備開業執照的診所。
- 十、「醫師」：指領有醫師證書，合法執業者。
- 十一、「專科醫師」：指醫師完成專科醫師訓練，並經衛生福利部甄審合格，領有專科醫師證書者。
- 十二、「自負額」：指被保險人每次申領第五條或第六條保險金時必須自行負擔的金額。本公司僅對超過自負額的部分負給付責任。

第三條 保險範圍

被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療、接受門診手術治療或附表二的特定處置時，本公司按被保險人所投保之計劃為準，依本附約約定給付各項保險金。

第四條 住院保險金的給付

被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而住院診療時，被保險人於同一次住院申請住院保險金，本公司按下列「實支實付型」或「日額給付型」之一擇優給付。

一、實支實付型

(一) 每日住院經常費用保險金

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用給付「每日住院經常費用保險金」，但每日最高給付金額以其投保計劃之「每日住院經常費用保險金限額」為限。

1. 超等住院之病房費差額。
2. 管灌飲食以外之膳食費。
3. 特別護士以外之護理費。

被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。

若被保險人於同一次住院期間曾住進加護病房或燒燙傷病房治療者，在加護病房或燒燙傷病房住院治療期間，其投保計劃之「每日住院經常費用保險金限額」提高為二倍，且提高之日數最高以三十日為限。

(二) 每次住院醫療費用保險金

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用給付「每次住院醫療費用保險金」，但被保險人同一次住院最高給付金額以其投保計劃之「每次住院醫療費用保險金限額」為限。

1. 醫師指示用藥。
2. 血液（非緊急傷病必要之輸血）。
3. 掛號費及證明文件。
4. 來往醫院之救護車費。
5. 超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

若被保險人於同一次住院期間曾住進加護病房或燒燙傷病房治療者，其投保計劃之「每次住院醫療費用保險金限額」於該次住院提高為二倍。

二、日額給付型--住院日額保險金

本公司按被保險人投保計劃之「住院日額」乘以被保險人實際住院日數，給付「住院日額保險金」，但被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。

第五條 門診手術費用保險金的給付

被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而以全民健康保險之保險對象身分在醫院或診所接受門診手術治療者，本公司按被保險人因施行手術當日所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及

不屬全民健康保險給付範圍之費用，扣除附表一所列自負額後之餘額給付「門診手術費用保險金」，但每次給付金額以其投保計劃之「門診手術或特定處置費用保險金限額」為限。
同一保險單年度之「門診手術費用保險金」最高給付次數以六次為限。

第六條 特定處置費用保險金的給付

被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而以全民健康保險之保險對象身分在醫院或診所門診接受附表二的特定處置治療者，本公司按被保險人因施行處置當日所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之費用，扣除附表一所列自負額之餘額給付「特定處置費用保險金」，但每次給付金額以其投保計劃之「門診手術或特定處置費用保險金限額」為限。
同一保險單年度之「特定處置費用保險金」最高給付次數以六次為限。
未載明於附表二所列的特定處置項目，本公司不負給付的責任。

第七條 重大住院慰問保險金的給付

被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而住院診療時，若被保險人於同一次住院之住院期間曾住進加護病房或燒燙傷病房治療者，本公司將按新臺幣六千元給付重大住院慰問保險金。
同一次住院之「重大住院慰問保險金」以給付一次為限。

第八條 醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

被保險人申請第四條「實支實付型」、第五條及第六條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分或前往不具有全民健康保險之醫院接受住院治療、於醫院或診所接受門診手術治療或附表二的特定處置治療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之各項醫療費用之65%(門診手術費用或特定處置費用另須扣除附表一所列之自負額)給付，惟仍分別以其投保計劃之各項保險金條款約定之限額為限。

第九條 住院次數之計算及契約有效期間屆滿後住院之處理

被保險人於本附約有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，必須住院二次以上時，如其每次出院日期與再入院日期間隔未超過十四日者，其各項保險金給付合計額及限額，均視為同一次住院辦理。
前項保險金之給付，倘被保險人係於本附約有效期間屆滿後出院者，本公司就再次住院部分不予給付保險金。

第十條 保險金給付之限制

被保險人如係申請本附約第四條之「實支實付型」、第五條或第六條保險金者，其已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。
如因全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準變更而使被保險人同時符合「門診手術費用保險金」與「特定處置費用保險金」之給付條件者，本公司僅就其中一項保險金為給付。
被保險人於本附約同一保險單年度內所能申請的各項保險金合計總額，最高以附表一所列投保計畫別之「每年保險金給付總限額」為限；如被保險人同一次住院之出院日期已跨越保險單週年日，且入院日當年度可申領之金額合計本次可申領住院保險金已超出「每年保險金給付總限額」者，超出部分得列入次年度總限額。

第十一條 保險責任的開始及交付保險費

本附約如係與主契約同時投保者，以主契約保險期間的始日為本附約的始日，如係中途申請附加本附約者，則以主契約保險單上所批註之日期為本附約的始日，其中途附加所應繳的保險費，按本附約保險費之該期未到期的日數比例計算交付之。
本附約的保險費，在主契約繳費期間內，應與主契約保險費同時交付。主契約如為終身險者，於主契約繳費期滿後，本附約保險費改以年繳方式交付。

第十二條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止

分期繳納的第二期以後保險費，應照本附約所載交付方法及日期，向本公司所在地或指定地點交付，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。

約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間。逾寬限期間仍未交付者，本附約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生保險事故時，本公司仍負保險責任。

第十三條 保險費的墊繳、附約的停效及復效

本附約之保險費，超過主契約寬限期間仍未交付時，應就主契約與本附約保險費之合計金額準用主契約有關「保險費的墊繳及契約效力的停止」條款之約定辦理。

主契約停止效力時，本附約效力亦同時停止。主契約未復效者，本附約亦不得復效；其復效程序及限制準用主契約有關「本契約效力的恢復」之約定辦理，但於計算本附約應清償保險費時，應按當期應繳保險費，就未到期之日數比例計算之。

第十四條 除外責任

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療、接受門診手術或特定處置治療者，本公司不負給付各項保險金的責任：

- 一、被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。
- 二、被保險人之犯罪行為。
- 三、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。

被保險人因下列事故而住院診療或接受門診手術治療者，本公司不負給付各項保險金的責任：

- 一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。
- 二、外觀可見之天生畸形。
- 三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。但如為當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術則以其投保計劃之「每日住院經常費保險金限額」的二十倍為限。
- 四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其他附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且同一意外傷害事故以其投保計劃之「每日住院經常費保險金限額」的二十倍為限。
- 五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。
- 六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：

（一）懷孕相關疾病：

1. 子宮外孕。
2. 葡萄胎。
3. 前置胎盤。
4. 胎盤早期剝離。
5. 產後大出血。
6. 子癇前症。
7. 子癇症。
8. 萎縮性胚胎。
9. 胎兒染色體異常之手術。

（二）因醫療行為所必要之流產，包含：

1. 因本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病。
2. 因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。
3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康。
4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞。
5. 因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。

（三）因醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：

1. 產程遲滯：已進行充足引產，但第一產程之潛伏期過長（經產婦超過 14 小時、初產婦超過 20 小時），或第一產程之活動期子宮口超過 2 小時仍無進一步擴張，或第二產程超過 2 小時胎頭仍無下降。
2. 胎兒窘迫，係指下列情形之一者：
 - a. 在子宮無收縮情況下，胎心音圖顯示每分鐘大於 160 次或少於 100 次且呈持續性者，或胎兒心跳低於基礎心跳每分鐘 30 次且持續 60 秒以上者。
 - b. 胎兒頭皮酸鹼度檢查 PH 值少於 7.20 者。
3. 胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：
 - a. 胎頭過大（胎兒頭圍 37 公分以上）。

- b. 胎兒超音波檢查顯示巨嬰（胎兒體重 4000 公克以上）。
 - c. 骨盆變形、狹窄（骨盆內口 10 公分以下或中骨盆 9.5 公分以下）並經骨盆腔攝影確定者。
 - d. 骨盆腔腫瘤（包括子宮下段之腫瘤，子宮頸之腫瘤及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔腫瘤）致影響生產者。
- 4. 胎位不正。
 - 5. 多胞胎。
 - 6. 子宮頸未全開而有臍帶脫落時。
 - 7. 兩次（含）以上的死產（懷孕 24 周以上，胎兒體重 560 公克以上）。
 - 8. 分娩相關疾病：
 - a. 前置胎盤。
 - b. 子癲前症及子癲症。
 - c. 胎盤早期剝離。
 - d. 早期破水超過 24 小時合併感染現象。
 - e. 母體心肺疾病：
 - (a) 嚴重心律不整，並附心臟科專科醫師診斷證明或心電圖檢查認定須剖腹產者。
 - (b) 經心臟科採用之心肺功能分級認定為第三或第四級心臟病，並附診斷證明。
 - (c) 嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。
- 七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

第十五條 附約的保險期間及保證續保

本附約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保。

本公司得陳報主管機關調整本附約費率。

本附約續保時，按續保生效當時已陳報主管機關之費率及被保險人續保當時之年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。

第十六條 告知義務與本附約的解除

要保人或被保險人在訂立本附約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除本附約，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

前項解除附約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自附約訂立後，經過二年不行使而消滅。

第十七條 附約的終止(一)

要保人得隨時終止本附約。

前項附約之終止，自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知時，開始生效。

本附約終止後如有未到期保險費者，本公司應從當期已繳保險費扣除按日數比例計算已經過期間之保險費後，將其未到期保險費無息退還要保人。

第十八條 附約的終止(二)

本附約於有效期間內，有下列情形之一時，本附約效力即行終止：

一、被保險人身故。

二、主契約保險單週年日時，被保險人之保險年齡已達八十一歲。

本附約於有效期間內，有下列情形之一時，本附約效力持續至本附約當期已繳保險費期滿即行終止：

一、主契約終止時。

二、主契約經變更為展期定期保險。

當主契約因累計申領的各項保險金總額已達給付上限而終止時，要保人可以繼續繳交本附約保險費，以延續本附約效力，無前項第一款適用。

本附約終止後如有未到期保險費者，本公司應從當期已繳保險費扣除按日數比例計算已經過期間之保險費後，將其未到期保險費無息退還要保人。

第十九條 投保年齡的計算及錯誤的處理

要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在要保書填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者，加算一歲。

被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列規定辦理：

- 一、真實投保年齡較本公司保險費率表所載最高年齡為大者，本附約無效，其已繳保險費無息退還要保人。
 - 二、因投保年齡的錯誤，而致溢繳保險費者，本公司無息退還溢繳部份的保險費。
 - 三、因投保年齡的錯誤，而致短繳保險費者，要保人得補繳短繳的保險費或按照所付的保險費與被保險人的真實年齡比例減少保險金額。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤不可歸責於本公司者，要保人不得請求補繳短繳的保險費。
- 前項第一款、第二款前段情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按民法第二百零三條法定週年利率計算。

第二十條 保險事故的通知與保險金的申請時間

要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。

本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付。

第二十一條 受益人

本附約各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定及變更。

被保險人身故時，如本附約保險金尚未給付或未完全給付，該部份保險金之受益人順位如下：

- 一、主契約被保險人之身故保險金受益人。
- 二、主契約被保險人之法定繼承人。

前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

第二十二條 保險金的申領

受益人申領本附約各項保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、醫療診斷書或住院證明。（但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明。）
- 四、醫療費用收據正本及明細表。（申請第四條住院保險金之實支實付型、第五條門診手術費用保險金、第六條特定處置費用保險金者或第八條醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式。）
- 五、受益人的身分證明。

受益人申領保險金時，本公司基於審核保險金之需要，得徵詢其他醫師之醫學專業意見，並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料。因此所生之費用由本公司負擔。

第二十三條 時效

由本附約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

第二十四條 批註

本附約內容的變更，或記載事項的增刪，應經要保人與本公司雙方書面或其他約定方式同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

第二十五條 管轄法院

因本附約涉訟者，同意以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所不在中華民國境外時，以本公司總公司所在地地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

附表一：投保計劃別暨各項保險金限額、日額、自負額表

單位：新台幣（元）

項目 \ 計劃別	M10	M20	M30
每日住院經常費用保險金限額	1000	2000	3000
每次住院醫療費用保險金限額	10 萬	20 萬	30 萬
住院日額	1000	2000	3000
門診手術或特定處置費用保險金限額	1.5 萬	2 萬	2.5 萬
門診手術或特定處置費用保險金自負額	1000		
每年保險金給付總限額	50 萬	75 萬	100 萬

樣張

附表二：特定處置項目

編號	特定處置項目
1	大腸鏡息肉切除術
2	尿路結石體外震波碎石術
3	深入皮下組織以下之切開引流
4	趾甲部份摘除併母組織切除術
5	上消化道內視鏡息肉或異物切除術
6	治療性導管植入術 — Port-A 導管植入術
7	心導管檢查合併冠狀動脈攝影
8	心導管檢查合併支架置放術
9	雙J輸尿管導管置入術
10	不整脈經導管燒灼術
11	經皮穿肝膽管引流術
12	內視鏡喉頭異物取出術
13	心導管檢查合併氣球擴張術
14	肝腫瘤無線頻率電熱療法
15	加馬機立體定位放射手術(僅限腦瘤病患適用)(同一療程以給付一次為限)
16	經內視鏡食道靜脈瘤結紮術
17	氣管切開造口術
18	骨髓移植術
19	三度空間立體定位 X 光刀照射治療或電腦刀、海扶刀、光子刀立體定位放射手術(本項次僅限腦瘤病患適用)(同一療程以給付一次為限)
20	三叉神經阻斷術
21	治療性導管植入術 — 希克曼氏導管植入術
22	動脈導管置放術(化學治療用)
23	黃斑部雷射術
24	全網膜雷射術
25	週邊(局部)網膜雷射術
26	小樑雷射術(青光眼)
27	睫狀體雷射破壞術
28	虹膜雷射術(青光眼)
29	雷射後囊切開術
30	角膜新生血管雷射燒灼術
31	光動力雷射治療
32	異體周邊造血細胞移植，一次
33	自體周邊造血細胞移植，一次
34	頭頸部血管支撐架置放術(一條血管)
35	包莖環切術
36	食道靜脈瘤硬化治療
37	胃靜脈瘤硬化治療
38	食道內金屬支架置放術
39	切除 CAPD 導管外袖口及導管擴創術
40	經肛門取出直腸異物
41	直腸內視鏡止血術
42	經大腸鏡結腸止血術
43	經膀胱鏡逆行尿管導管
44	鼻淚導管裝置術
45	鼻淚管淚道氣球擴張術
46	子宮外翻復位術
47	內視鏡逆行性膽管引流術
48	內視鏡經鼻膽管引流術
49	一般性支氣管鏡雷射切除腫瘤或疤痕
50	複雜性支氣管鏡雷射切除腫瘤或疤痕
51	經頸靜脈肝臟切片術
52	經內視鏡括約肌切開術

編號	特定處置項目
53	經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術
54	膽道鏡及膽道狹窄切開術
55	連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術
56	皮下穿刺腎造瘻術
57	血管整形術
58	血管阻塞術
59	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管
60	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管
61	經皮冠狀動脈擴張術—三條血管
62	主動脈氣球裝置術
63	食道狹窄氣球擴張術
64	經皮輸尿管內管置放術
65	腸胃道出血栓塞治療
66	經皮穿刺膽囊引流術
67	經皮內視鏡胃造瘻管替換術
68	經皮內視鏡胃造瘻術
69	經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術
70	Amplatzer 心房中膈缺損關閉器治療中膈缺損
71	經皮穿腔靜脈過濾裝置置放術
72	經皮導管血管內心臟內異物移除術
73	氣管支架置放術
74	腸骨動脈血管支架置放術
75	腎臟腫瘤冷凍治療
76	深部腦核電生理定位
77	經內視鏡施行食道擴張術
78	治療性導管植入術 — 末梢靜脈植入中心導管術
79	大腸鏡異物取出術
80	治療尿路迴流之膀胱三角下層注射術
81	肝動脈栓塞術
82	囊腫摘除術(小) — <2 公分
83	囊腫摘除術(中) — 2-4 公分
84	囊腫摘除術(大) — >4 公分
85	口內軟組織腫瘤切除
86	軟組織切片
87	硬組織切片
88	囊腫造袋術
89	瘻管切除術
90	腐骨清除術 — 簡單, 1/3 鄂以下
91	腐骨清除術 — 複雜, 1/3 鄂以上
92	口竇瘻管修補術
93	神經撕除法
94	涎石切除術 — 在腺管中
95	皮瓣手術(小) — 4 平方公分以下
96	皮瓣手術(中) — 4-16 平方公分
97	皮瓣手術(大) — 16 平方公分以上
98	骨瘤切除術 — 2 公分以下
99	骨瘤切除術 — 2 公分以上
100	拔牙-複雜性, 有縫合
101	牙周病翻瓣手術

註：「同一療程」係指依衛生福利部最新公布之『全民健康保險醫療辦法』的規範，對於同一診斷需連續施行治療者而言。