

領 據 (範 本)

茲領到衛生福利部 「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵」

新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整無訛。

此 致

衛 生 福 利 部

醫院名稱 (全銜) : (印信)

統一編號 :

地 址 :

負 責 人 :

(簽 章)

會 計 :

(簽 章)

出 納 :

(簽 章)

連絡電話 :

醫療機構代碼 :

戶 名 :

銀行帳號 :

中 華 民 國 1 0 9 年 月 日

專責病房獎勵費用病床總表

- 1、專責病房應符合分艙分流原則，以**病房區域（護理站）為單位進行申請**，每病室僅能收治嚴重特殊傳染性肺炎疑似或確診病人，且不得有陪病人員，每病室獎勵新臺幣 10 萬元整。
- 2、每一病室應包含所有病床號。（如：9A 病房設有 3 間病室，每病室設有 4 床，故下表應有 12 床之床號）

醫院名稱（全銜）：_____			
病房名稱：_____			
<input type="checkbox"/> 一般病床改置為專責病床，計_____病室、_____床			
病室	所有病床號	病室	所有病床號
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
<input type="checkbox"/> 普通隔離病床改置為專責病床，計_____病室、_____床			
病室	所有病床號	病室	所有病床號
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
<input type="checkbox"/> 負壓隔離病床改置為專責病床，計_____病室、_____床			
病室	所有病床號	病室	所有病床號
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

（如篇幅不足，請依上述格式自行增列）

領據（範本）

茲領到衛生福利部「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵」之專責病房基礎獎勵費及收治獎勵費，新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整無訛。

此 致

衛 生 福 利 部

醫院名稱（全銜）： (印信)

統一編號：

地 址：

負 責 人： (簽章)

會 計： (簽章)

出 納： (簽章)

連絡電話：

醫療機構代碼：

戶 名：

銀行帳號：

中 華 民 國 1 0 9 年 月 日

醫療機構執行嚴重特殊傳染性肺炎之專責病房獎勵總表

醫院名稱(全銜)：

床數項目	3 月 12 日至 3 月 31 日
急性一般病床數(A)	
急性一般病床改置為專責病房病床數(B) ^{註 1}	
專責病房病室數(C) ^{註 2}	
急性一般病床總住院人日數(D)	
專責病房總住院人日數(E) ^{註 3}	
全院佔床率 ^{註 4} (F)=(D-E)÷[(A-B)×總日數] ×100	%
專責病房佔床率 ^{註 4} (G)=E÷(C×總日數)×100	%

單位：元(新臺幣)

獎勵費項目	3 月 12 日至 3 月 31 日	
每月基礎獎勵費 ^{註 5} (H)		
每月收治獎勵費 ^{註 6} (I)		
獎勵費總計(J)=H+I		
獎勵費用分配予病房相關工作人員	(1)醫事人員獎勵費	
	(2)社會工作人員獎勵費	
	(3)行政人員獎勵費	
	(4)清潔人員獎勵費	
	(5)其他人員獎勵費：	
	獎勵費用分配比例 ^{註 7} (1+2+3+4+5)/(J)×100	%

註 1：急性一般病床改置為專責病房病床數(B)：計算起始日為 3 月 12 日(依據中央流行疫情指揮中心 109 年 3 月 12 日肺中指字第 1093800184 號函)，經查核通過且本部核付設置獎勵費之原病床數，由多人病床改為 1 人 1 間單人病室，其專責病房病床數為原病室內所有床數均需列計。

註 2：專責病房病室數(C)：本部已核付且應主管機關要求列管登錄於緊急醫療管理系統之專責病室。

註 3：專責病房總住院人日數(E)：收治疑似或確診 COVID-19 之專責病室總住院人日數。

註 4：全院佔床率(F)、專責病房佔床率(G)：小數位四捨五入至整數位。

註 5：每月基礎獎勵費(H)：F≥70%，則每月基礎獎勵費=C*10,000 元，若未達 70%(F<70%)，則該月此項獎勵費為 0。

註 6：每月收治獎勵費(I)：G≥70%，則每月收治獎勵費=C*10,000 元，若未達 70%(G<70%)，則該月此項獎勵費計算為 G*C*10,000 元。

註 7：每月基礎獎勵費(H)+每月收治獎勵費(I) 應有 50% 以上分配予病房相關工作人員，包含醫事人員、社會工作人員、行政人員及清潔人員等(附件 4)。

填表人	單位主管	人事單位	出納單位	會計單位	醫療機構負責人

醫療機構執行嚴重特殊傳染性肺炎之獎勵人員清冊

醫院名稱(全銜)： _____

申請期間：109 年 1 月至 3 月

序號	姓名	身分證字號	執業類別	專責病房獎勵	採檢獎勵	治療獎勵	重症呼吸器患者 照護獎勵	急救責任醫院 防疫獎勵
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
獎勵費用合計								
總計申請金額：新臺幣 _____元								

填表人	單位主管	人事單位	出納單位	會計單位	醫療機構負責人

【如篇幅不足，請依上述格式自行增列，且本名冊應於接頁處加蓋騎縫章】

醫療機構執行嚴重特殊傳染性肺炎之獎勵人員名冊（範本）

請擇一勾選：專責病房獎勵 採檢案件獎勵 急救責任醫院防疫獎勵
治療獎勵 重症呼吸器患者照護獎勵

醫院名稱(全銜)：_____

申請期間：109年3月12日至3月31日

序號	姓名	身分證字號	執業類別	獎勵金額	簽章
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
獎勵費用合計				新臺幣_____元	

填表人	單位主管	人事單位	出納單位	會計單位	醫療機構負責人