

臺北市政府衛生局 函

受文者：國立臺灣大學醫學院附設醫院

發文日期：中華民國107年8月3日

發文字號：北市衛醫字第1076058774號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：收費核定表1份(1170176_1076058774_1_ATTACHMENT1.pdf)

主旨：核定貴院醫療費用收費項目1項：「救護車呼吸器使用費-台東縣」收費金額4,000元/每次，請查照。

說明：

- 一、復貴院107年7月31日校附醫主字第1071200225號函暨依據臺北市醫療費用收費標準核定原則辦理。
- 二、旨揭核定項目之名稱及金額，請揭示於醫療機構及所屬網站，並於櫃檯備置經主管機關核定之紙本收費標準供病人查閱，以供民眾就醫參考及達資訊透明目的。對於是類對象，治療前應充分告知並取得病患同意，以確保其權益。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院

副本：



臺北市政府衛生局核定國立臺灣大學醫學院附設醫院收費

核定日期：107年07月31日

北市衛醫字第1076058774號

項次	診療項目	收費金額（元）/單位	醫院補充說明
急診部			
1	救護車呼吸器使用費-台東縣(Ambulance)	4,000 元/每次	1、每次收費4,000元。 2、為救護車上使用呼吸器之費用，含使用呼吸器及給氣配件。