

檔 號：

保存年限：

嘉義市政府 公告

發文日期：中華民國110年3月16日
發文字號：府授衛醫字第1100510128號
附件：如主旨



主旨：公告修訂「嘉義市醫事檢驗所收費標準表」（如附件）。
依據：本府109年12月30日第16屆第2次醫事審議委員會議紀錄。

市長黃敏惠

裝

訂

線

嘉義市醫事檢驗所收費標準表

中華民國 109 年 12 月 30 日修訂

項目	最高收費標準	項目	最高收費標準
一、一般血液學檢查		(B)腎功能檢查(三項)	250 元
1.Hb血紅素	200元	1.BUN	80 元
3.WBC白血球		2.Creatinine	80 元
4.Hct血球容積比		3.Uric acid 尿酸	80 元
5.Platelete血小板		(C)肝膽功能(十項)	400 元
6.MCV.MCH.MCHC		1.Bilirubin-Total	80 元
7.D.C白血球分類		2.Bilirubin-Direct	80 元
8.Reticulocyte	60元	3.Total Protein	50 元
9.Blood Type血型	50元	4.Albumin	80 元
10.Cross Marching	250元	5.Globulin	80 元
11.RH Type	150元	6.GOT	100 元
12.Bleed Time	80元	7.GPT	100 元
13.Coagulation Time	80元	8.T.T.T	50 元
14.P.T	300元	9.Z.T.T	50 元
15.A.P.T.T	300元	10.Alk-p	80 元
16.E.S.R	60元	(D) γ -GPT	200 元
17.G-6-PD	350元	(E)血脂肪檢查	
二、尿液檢查		1.Cholesterol 膽固醇	80 元
1.尿一般檢查	100元	2.Triglycerid 中性脂肪	200 元
2.懷孕檢查	180元	3.HDL-Cho	250 元
三、大便檢查		4.HDL-EP	400 元
1.一般檢查	100元	5. β -Lipoprotein EP	270 元
2.潛血	40元	(F)病毒性肝炎檢查	
四、痰液檢查		1.A 型肝炎	
1.一般檢查	80元	HAV-IgG	500 元
五、精液檢查		Anti-HAV IgM	480 元
1.數，量，運動力，PH	140元	2.B 型肝炎檢查	
六、心電圖檢查		HBsAg	200 元
1.一般檢查	300元	Anti-HBs	300 元
2.運動試驗	300元	Anti-HBc	350 元
七、性病檢查		HBeAg	350 元
1.VDRL 梅毒	140 元	Anti-HBe	400 元
2.TPHA	300 元	Anti-HBc Ig M	600 元
3.Chlamydia Ig G	400 元	3.C 型肝炎檢查	
4.Chlamydia Ig A	600 元	Anti-HCV	500 元
5.HS.V I+II	540 元	4.D 型肝炎檢查	
6.AIDS	500 元	Anti-Delta	600 元
八、血清學檢查		(G)胰臟機能	
1.R-A Tset	150 元	1.Amylase	100 元
2.CRP	150 元	2.Lipas	300 元
3.ASLO	400 元	(H)過敏檢查	
4.C3	300 元	1.Ig E	400 元
5.ANA	350 元	(I)攝護腺檢查	
九、生化學檢查		1.P.A.P	240 元
(A)糖尿病檢查		2.P.S.A	500 元
1.Blood Sugar 血糖	100 元	十、癌症標識	
2.G.T.T 葡萄糖耐量	400 元	1.CEA	500 元
3.HbA1C	350 元	2. α -Fetoprotein	350 元
3.CA 125	700 元	3.CA 125	700 元

項目	最高收費標準	項目	最高收費標準
4.CA 19-9	700 元	十六、細菌學	
5.SCC	800 元	1.革蘭氏染色	150元
6.CA 15-3	800 元	2.抗酸性染色	150元
十一、甲狀腺機能檢查		3.一般培養及抗藥試驗	400元
1.T4	300 元	4.淋菌培養	400元
2.T3	350 元	5.血液培養	500元
3.TSH	350 元	十七、電解質檢查	
十二、胃幽門桿菌檢查		1.Na.K.Cl.Ca.P	60元
1.H.pylori	600 元	2.Li	120元
十三、德國麻疹檢查		十八、男女性荷爾蒙	
1.Rubellar Ig G	350 元	1.LH	400元
2.Rubellar Ig M	500元	2.FSH	400元
十四、貧血檢查		3.Estradiol(E2)500	500元
1.Hb E.p	400元	4.β-HCG	450元
2.Ferritin	500元	5.Prolactin	400元
3.Serum Iron+TIBC	350元	6.Progesterone	400元
十五、心臟酵素		7.Testosterone	350元
1.LDH	120元		
2.CPK	140元		

附註：

1. 自費病人各項收費，不得超過上列最高標準。
2. 本表未列項目收費原則如下：

自費	身分	簡易審查
非健保醫療機構提供 健保項目	1. 具健保身分 2. 不具健保身分之國人	1. 500 元以下：健保(醫學中心等級)3 倍以下 2. 500 元以上：健保(醫學中心等級)2 倍以下
	不具健保身分之非本國人	健保(醫學中心等級)2.5 倍以下
	一般門診醫師診察費	健保(醫學中心等級)5 倍以下
非健保給付項目	1. 具健保身分 2. 不具健保身分之國人	低於衛福部公告之 12 家醫學中心
	不具健保身分之非本國人	低於衛福部公告之 12 家醫學中心 2.5 倍以下

衛福部公告之 12 家醫學中心為台大醫院、台北榮總、三軍總醫院、台北馬偕醫院、萬芳醫院、林口長庚醫院、中國附醫、台中榮總、成大附醫、高雄榮總、高雄附醫及花蓮慈濟醫院。

3. 以健保身份就診者，悉依健保相關規定辦理。其醫療費用(除部份負擔外)由健保合約醫療機構依健保給付規定向健保局申請，不得重複收費。
4. 收取各項費用應開立收據。