

國立成功大學人事室函

機關地址：台南市大學路一號
聯絡人：人事室給與組朱雅莉
聯絡方式：(06)2757575轉50883
電子信箱：z10503035@ncku.edu.tw
機關傳真：(06) 2766456

受文者：如正、副本

發文日期：中華民國113年3月4日

發文字號：成大人室(給)字第195號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限

附件：如文

主旨：本校為推動自主健康管理並維護本校同仁身心健康，請轉知貴屬同仁踴躍參加本校附設醫院提供之「教職員工優惠健康檢查」，請查照。

說明：

- 一、旨揭教職員工優惠健康檢查之適用對象為本校教職員工，相關健檢項目及注意事項，請參閱「國立成功大學教職員工優惠健檢項目」(附件1)，及「國立成功大學醫學院附設醫院健檢注意事項」(附件2)。
- 二、另依「公務人員一般健康檢查實施要點」、「中央機關(構)員工一般健康檢查補助基準表」之規定略以，符合「法定編制內依法任用、派用及聘任之人員」、「工友(含技工、駕駛)」等且年滿40歲以上(前一年度12月31日止滿40歲)之編制內教職員工，可每2年申請補助1次健康檢查費用，以4,500元為限，低於4,500元以實際金額核銷，申請前開費用請於受檢當年度12月31日前填寫「40歲以上公教人員健康檢查補助費申請表」(附件3)，並黏貼醫院正本收據。參加健康檢查者得以公假登記，並以一日為限。

正本：本校各單位(以E-mail傳送)

副本：醫學院附設醫院(醫療事務室、家庭醫學部)、本室給與組(均含附件)



國立成功大學教職員工優惠健檢項目

國立成功大學醫學院附設醫院製113/3

檢查項目	檢查內容	原公務人員(女) 第三類人員	原公務人員(男) 第三類人員	新增公務人員(女) 第二類人員	新增公務人員(男) 第二類人員
健檢醫師診察費 I	一般物理、理學檢查及醫師問診：既往病歷、作業經歷、自覺症狀、呼吸、血液循環、泌尿、消化、神經系統、皮膚、身高、體重、血壓、視力、色盲、聽力檢查等	◎	◎	◎	◎
心電圖 EKG	心電圖 EKG-EKG(1600101)	◎	◎	◎	◎
體脂肪比例與分佈測量複診	體脂肪比例與分佈測量複診	◎	◎	◎	◎
四肢血流探測及壓力測量(PWV)	四肢血流探測及壓力測量(PWV)	◎	◎	◎	◎
尿素氮	尿素氮-BUN	◎	◎	◎	◎
肌酸酐	肌酸酐-Creatinine(CREA)	◎	◎	◎	◎
尿酸	尿酸-Uric acid	◎	◎	◎	◎
總膽固醇	總膽固醇-Cholesterol_total(CHOL)	◎	◎	◎	◎
三酸甘油酯	三酸甘油酯-Triglyceride	◎	◎	◎	◎
高密度脂蛋白膽固醇	高密度脂蛋白膽固醇-HDL-C	◎	◎	◎	◎
天門冬胺酸轉胺酶	天門冬胺酸轉胺酶-AST(GOT)	◎	◎	◎	◎
丙胺酸轉胺酶	丙胺酸轉胺酶-ALT(GPT)	◎	◎	◎	◎
總膽紅素	總膽紅素-Bilirubin, total(BIL-T)	◎	◎	◎	◎
空腹葡萄糖	空腹葡萄糖-Glucose A.C.	◎	◎	◎	◎
阿法胎兒蛋白	阿法胎兒蛋白-AFP	◎	◎	◎	◎
癌症抗原125	癌症抗原125-CA125	◎		◎	
前列腺特异性抗原	前列腺特异性抗原-PSA		◎		◎
B型肝炎表面抗原	B型肝炎表面抗原-HBsAg	◎	◎	◎	◎
B型肝炎表面抗體	B型肝炎表面抗體-Anti-HBs Ab	◎	◎	◎	◎
C型肝炎病毒抗體	C型肝炎病毒抗體-HCV Ab	◎	◎	◎	◎
全套血球計數(含Plt)	全套血球計數(含Plt)-CBC(含Plt)	◎	◎	◎	◎
白血球分類計數	白血球分類計數-WBC classification	◎	◎	◎	◎
尿一般檢查(含尿沈渣)	尿糖、膽紅素、潛血、蛋白、酮體、酸鹼度、尿膽元、白血球酯酶、比重、尿沈渣等	◎	◎	◎	◎
潛血反應	潛血反應-Occult Blood(OB)	◎	◎	◎	◎
胸部X光正面	胸部X光正面-Chest PA view	◎	◎	◎	◎
胚胎致癌抗原	胚胎致癌抗原-CEA	◎	◎	◎	◎
腹部超音波檢查(肝、膽、脾、胰、腎)	腹部超音波檢查(肝、膽、脾、胰、腎)	◎	◎	◎	◎
糖化血紅素	糖化血紅素-HbA1c			◎	◎
白蛋白/球蛋白	白蛋白/球蛋白-A/G			◎	◎
乳酸脫氫酶	乳酸脫氫酶-LD			◎	◎
癌症抗原199	癌症抗原199-CA199			◎	◎
抗B型肝炎核心抗原抗體	抗B型肝炎核心抗原抗體-Anti-Hepatitis Bc			◎	◎
甲狀腺刺激素放射免疫分析	甲狀腺刺激素放射免疫分析-TSH(thyroid stimulating hormone)			◎	◎
游離甲狀腺素放射免疫分析	游離甲狀腺素放射免疫分析-Free T4			◎	◎
優惠價		3,500元/人 「適用未滿40歲人員」	3,500元/人 「適用未滿40歲人員」	4,500元/人 「適用年滿40歲人員」	4,500元/人 「適用年滿40歲人員」

國立成功大學教職員工健檢注意事項

113 年 3 月

1、為維護健檢品質，每日限額 5 名，**一律採預約制**，並請於門診大樓 1 樓轉介中心辦理報到手續。

- (1)報到時間：週一至週五上午 8:13 至 09:00
- (2)健檢時間：週一至週五上午 8:30 至 11:30
- (3)費用：3,500 元或 4,500 元(現場繳費)
- (4)請攜帶健保卡及員工識別證。

2、每日名額有限並採預約制，為免向隅，請您先行預約掛號(初、複診皆可，受理 5 週內未額滿之預約掛號)，預約方式：

- (1)網路預約掛號 (網址:<http://www.hosp.ncku.edu.tw>)

科別:40 歲以上公務員體檢

- (2)門診大樓 1 樓轉介中心預約掛號。
- (3)人工預約掛號專線：06-2353333，週一至週五 上午 7:30~下午 17:30
- (4)成大 e 療通 APP



iOS

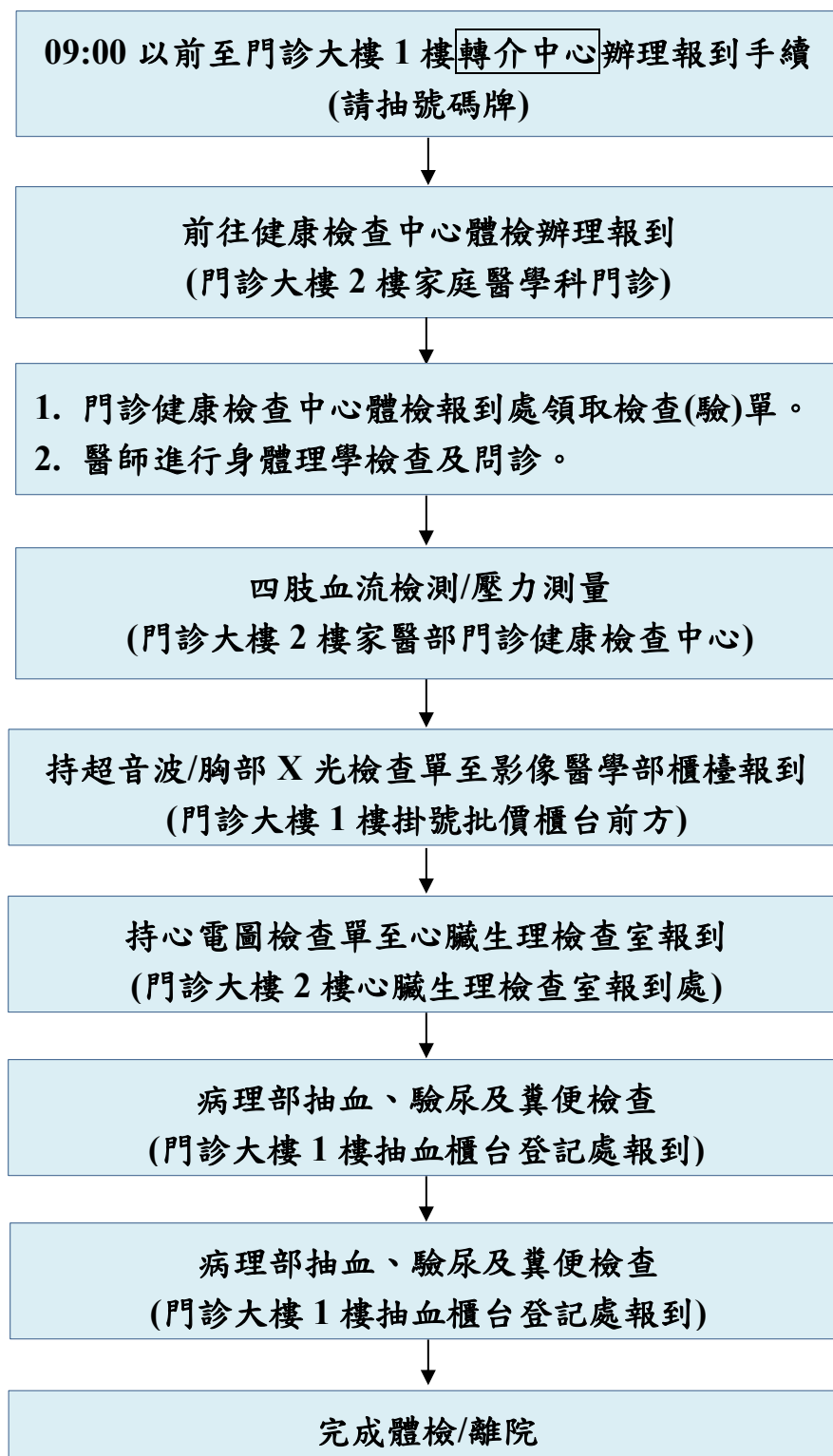


Android

3、注意事項：

- (1)因超音波檢查及驗血須禁食 12 小時(超音波前 6 小時勿喝水)，務必完成抽血及超音波檢查後才得進食(超音波檢查時段將視當日全院受檢人數機動安排，請耐心等待)。
- (2)如您因故未完成所有檢查項目而先行離開，則須依本院正常作業同意另排時間做超音波檢查。
- (3)如尚未輪到醫師身體檢查，請先向家醫部體檢櫃檯服務人員拿相關檢查單，可先至各檢查單位完成檢查後，再回家醫部進行醫師身體檢查。
 - A、抽血櫃檯需預排號碼抽血及尿液檢查(因本院抽血人數眾多，須依抽血編號進行抽血)。
 - B、心臟生理檢查室做心電圖檢查(2 樓門診健康檢查中心 246 診檢查室)。
 - C、影像醫學部進行腹部超音波(2 樓門診健康檢查中心 243、245 診檢查室或住院大樓 1 樓)及胸部 X 光檢查(門診大樓 1 樓)。
 - D、四肢血流檢測及壓力測量，地點在 2 樓門診健康檢查中心 242 診檢查室。
- (4)體檢結束，報告將於 2 週左右郵寄給受檢人。

4、健檢流程：(健檢流程依當日現場人數，由護理人員進行分流)



5、如有疑問，請與轉介中心聯絡 (06)2353535 轉 3333、4085、5988、6174 或 4084。

註：如符合申請公務人員每 2 年補助 3500 元或 4500 元者，請自行持收據向學校辦理請款作業。

國立成功大學醫學院附設醫院 敬啟

申請人單位		職稱		姓名	
身分證字號		出生日期	年 月 日	郵局帳號	
檢 查 地 點				檢 查 日 期	年 月 日
申請補助金額	新臺幣 仟 佰 拾 元 整				
核准補助金額 (申請人請勿填寫)	新臺幣 仟 佰 拾 元 整				
健康檢查繳費收據正本黏貼處					
附 註	<p>一、申請健檢對象，為前一年度 12 月 31 日止滿 40 歲之下列人員：</p> <p>(一)法定編制內依法任用、派用及聘任之人員。</p> <p>(二)工友(含技工、駕駛)。</p> <p>(三)依聘用人員聘用條例、行政院與所屬中央及地方各機關約僱人員僱用辦法進用之聘僱人員，且於本校連續服務滿一年。</p> <p>二、年度內留職停薪者於復職薪後始得申請本項健康檢查補助。若於年度內退休之人員，仍得列為受檢對象，惟應於退休前完成檢查。</p> <p>三、參加健康檢查人員得以公假登記，並以一天為限。</p> <p>四、本項健康檢查以每二年申請一次為限。</p> <p>五、檢查費用每人新臺幣 4,500 元之額度內覈實給予補助，如有超出，由申請人自行負擔。</p> <p>六、健康檢查費用由受檢人員先行負擔，於完成健康檢查後，填寫補助費申請表並檢附醫療院所或機構之健康檢查繳費收據正本，向人事單位申請補助，最遲於受檢當年度 12 月 31 日前提出申請。</p>				
人 事 單 位	主 計 單 位	校 長 (依分層負責授權人事室決行)			
	預算科目： <input type="checkbox"/> 510301 教學研究及訓輔成本 -傷病醫藥費 1803 <input type="checkbox"/> 515001 管理及總務費用 -傷病醫藥費 1803 憑證編號： 傳票編號：				
領 據	茲收到 國立成功大學發給 40 歲以上教職員工健康檢查補助費 新臺幣 仟 佰 拾 元 整 具領人： (簽章) 中華民國 年 月 日				

體(健)檢資料蒐集同意書(含指定日期)

為符合「職業安全衛生法」，本人同意成大醫院逕將本人於
年 月 日之體(健)檢報告提供國立成功大學
「環境保護暨安全衛生中心 衛生保健組」辦理健康管理業務
之用。

敬致

國立成功大學

國立成功大學醫學院附設醫院

同意人簽章：_____

身分證字號：_____

所屬單位：_____室/處/院/中心

_____組/科/系/所/中心

職 稱：_____

連絡電話：_____

日期： 年 月 日

※填寫說明：體(健)檢資料蒐集同意書：若有塗改，請本人在塗改處旁簽名。