

臺北市驗光所收費標準表

核定日期：109年11月2日

核定文號：北市衛醫字第1093078850號

申請 項次	收費 項目	申報收費金額 (元)/(單位)	公告說明 (收費內容說明：服務內容、用途、適應症、適用對象、 費用包括含與不含之項目等。)
1	視力檢查(裸視) Unaided vision	80元/次	1. 每次收費80元。 2. 為檢查檢驗之費用，以遮眼板等輔具及視力表設備測量患者未佩帶視覺輔具時的視力，含檢查耗材。
2	配鏡及眼鏡(驗 光報告單) Refraction Report	260元/次	1. 每次收費260元。 2. 每次以開立一份驗光報告為計價單位。 3. 為檢查檢驗之費用，依檢查結果試片試戴，含驗光人員開立調整之參數與其他眼鏡所需之資訊記錄報告。
3	配鏡及眼鏡(含 稜鏡)(稜鏡驗光 報告單)Prism Refraction Report	520元/次	1. 每次收費520元，適用於雙眼視覺或視野異常者。 2. 每次以開立一份稜鏡驗光報告為計價單位。 3. 為檢查檢驗之費用，檢查結果試戴後調整，含各種稜鏡之參數及試片試戴。 4. 含驗光人員開立其他稜鏡眼鏡所需之資訊記錄報告。
4	屈光量測(電腦 驗光機測量) Autorefraction	150元/次	1. 每次收費150元。 2. 以電腦驗光儀測量兩眼屈光概值之檢查費。
5	視力檢查,含矯 正(戴舊鏡視力 檢查) VISUAL ACUITY WITH CORRECTION	100元/次	1. 每次收費100元。 2. 以遮眼板等輔具及視力表設備測量患者佩戴慣用視覺輔具時的遠/近方視力之檢查費。
6	隱形眼鏡配戴 Autorefraction with contact len on	200元/次	1. 每次收費200元。 2. 以電腦驗光儀測量患者佩戴隱形眼鏡後的弧度及屈光概值之檢查費。
7	網膜鏡檢查-複 雜(靜態網膜鏡 檢查)(檢影法) Static Retinoscopy	300元/次	1. 每次收費300元。 2. 以視網膜鏡、視力表設備、自覺式驗光儀與試鏡片組/板鏡，測量患者兩眼的遠方屈光狀態。 3. 含人力、設備及檢查，所需時間大於2分鐘者收此項費用。
8	色覺異常檢查 Color Vision Test	150元/次	1. 每次收費150元。 2. 以色覺測驗本，篩檢患者後天或遺傳的色覺缺陷之檢查費。
9	運動覺檢查(眼 球運動功能檢查) EOM evaluation	240元/次	1. 每次收費240元。 2. 光學鏡片種類選擇所需檢查。
10	眼鏡度數測量 Lensometry	50元/次	1. 每次收費50元。 2. 以驗度儀測量患者慣用眼鏡鏡片上的屈光度之檢查費。

說明：

- 一、依據驗光人員法第21條、台北市驗光生公會109年9月3日北市驗光生字第109026號、台北市驗光師公會109年9月4日北市驗光師字第109020號函辦理。
- 二、本表適用於臺北市驗光所。
- 三、本表未列出之收費項目，請參照(但不得逾)臺北市各醫學中心收費標準。
- 四、臺北市驗光所收費標準高於本表者，須依驗光人員法規定，經臺北市政府衛生核定後，始得收取。
- 五、本表所列項目日後納為衛福部中央健康保險署醫療服務支付項目後：
 - (一)符合健保給付規定者：依健保支付標準規定辦理。
 - (二)不符合健保給付規定者：依健保支付標準(醫學中心等級)二倍以下之範圍內收費。
- 六、驗光所之驗光人員執行上開收費項目，須遵循驗光人員法第12條規定之業務範圍。



台北市驗光生公會 印製