

正本

發文方式：紙本郵寄

檔 號：

保存年限：

新竹市衛生局 函

300

新竹市民主路160號4樓之3

地址：300194新竹市中央路241號10~12樓

承辦人：劉雅玲

電話：03-5355191分機215

傳真：03-5355176

電子信箱：h71106@hcchb.gov.tw

受文者：社團法人新竹市藥師公會

發文日期：中華民國111年8月9日

發文字號：衛疾字第1110019526號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：11138003630_prin、11138003630-

主旨：更正「有關民眾因遺失COVID-19口服抗病毒藥物申請重複領藥之因應處置作為」之申請處理程序如附件，請查照。

說明：

- 一、依據嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心111年7月28日肺中指字第1113800363號函辦理。
- 二、指揮中心以本(111)年7月19日肺中指字第1113800348號函，請轄區相關醫事機構有關民眾發生COVID-19口服抗病毒藥物遺失之因應處置作為，落實COVID-19口服抗病毒藥物管理，諒達。
- 三、依前揭函文說明段三-(三)，Paxlovid單次劑次金額應為2,179元，惟於該函附件1之「COVID-19口服抗病毒藥物重複開立審查表」中，誤植為2,197元，特此更正，請於辦理相關程序時，以本次附件為準。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院、南門綜合醫院、國軍桃園總醫院新竹分院、國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院、財團法人台灣省私立桃園仁愛之家附設新竹新生醫院、新中興醫院、平和醫療社團法人和平醫院、社團法人新竹市醫師公會、新竹市診所協會、新竹市東區衛生所、新竹市香山衛生所、新竹市北區衛生所、社團法人新竹市藥師公會、新竹市藥劑生公會、保安藥局、倫洋藥局

副本：本局疾病管制科、本局食品藥物管理科

局長吳欣席

嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心 函

地址：10050台北市中正區林森南路6號

聯絡人：陳珊瑜

聯絡電話：23959825#3878

電子信箱：wai8326@cdc.gov.tw

受文者：新竹市衛生局

發文日期：中華民國111年7月28日

發文字號：肺中指字第1113800363號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：()

附件：COVID-19口服抗病毒藥物重複領藥申請處理程序 (11138003630-1.pdf)

主旨：更正「有關民眾因遺失COVID-19口服抗病毒藥物申請重複領藥之因應處置作為」之申請處理程序如附件，請貴局轉知轄區相關醫事機構知悉，請查照。

說明：

- 一、指揮中心以本(111)年7月19日肺中指字第1113800348號函，請各地方政府轉知轄區相關醫事機構有關民眾發生COVID-19口服抗病毒藥物遺失之因應處置作為，落實COVID-19口服抗病毒藥物管理，諒達。
- 二、依前揭函文說明段三-(三)，Paxlovid單次劑次金額應為2,179元，惟於該函附件1之「COVID-19口服抗病毒藥物重複開立審查表」中，誤植為2,197元，特此更正，請於辦理相關程序時，以本次附件為準。

正本：地方政府衛生局

副本：衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部醫事司、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、台灣內科醫學會、臺灣感染症醫學會

電 2022/07/28 文
交 09:13 章

疾病管制科 111/07/28 10:31



431110019526 有附件

COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請處理程序

111 年 7 月 18 日訂定

111 年 7 月 27 日修訂

- 一、請病人（代理人）填寫「COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請切結書」，並檢附病人（及其代理人）身分證件（正反面）影本。
- 二、請持病人或其代理人填寫完成且簽名蓋章之切結書，至原開立口服抗病毒藥物醫療院所申請再次開立口服抗病毒藥物，切結書之「藥品名稱」無法確認者，請原開立口服抗病毒藥物之醫療院所協助其填寫。
- 三、由該醫院醫師評估病人狀況再予以開立口服抗病毒藥物，並填寫「COVID-19 口服抗病毒藥物重複開立審查表」。請注意：Paxlovid 及 Molnupiravir 均未被核准可連續使用超過 5 天，因為連續使用超過 5 天的安全性與療效尚未確立。
- 四、請開立處方院所依據「COVID-19 口服抗病毒藥物重複開立審查表」填寫之『申請重複開立之藥品及藥量』劑次量，費用計算方式為 Paxlovid 每劑次單價 2,179 元，Molnupiravir 每劑次單價 2,134 元，代行收費。如病人符合低/中低收入戶資格，且檢附低/中低收入戶證明文件影本，得免收費。
- 五、須依上述程序完成收費後，才可依據醫師處方調劑，提供口服抗病毒藥物。若為釋出處方箋，請於完成收費後，再將「COVID-19 口服抗病毒藥物重複開立審查表」影本（註明收費狀況）併同處方箋交付領藥者，一併帶至調劑院所/藥局領藥。
- 六、請調劑院所/藥局於 SMIS 記錄耗用 1 人份藥物，並於系統備註欄中備註重複調劑原因及實際調劑之劑量（例如：總計 3 天共 6 劑次）。
- 七、請開立處方之醫療機構協助於每月 5 日以前，將前 1 月份將代收費用匯款至本署指定帳戶；並將申請重複開立口服抗病毒藥物之切結書、審查表及匯款證明之正本妥善保存，影本或掃描檔送交轄屬衛生局，由衛生局審查匯款金額無誤後，彙整提報疾病管制署區管制中心，倘匯款金額不足，則由衛生局協助請醫療機構補足匯款。

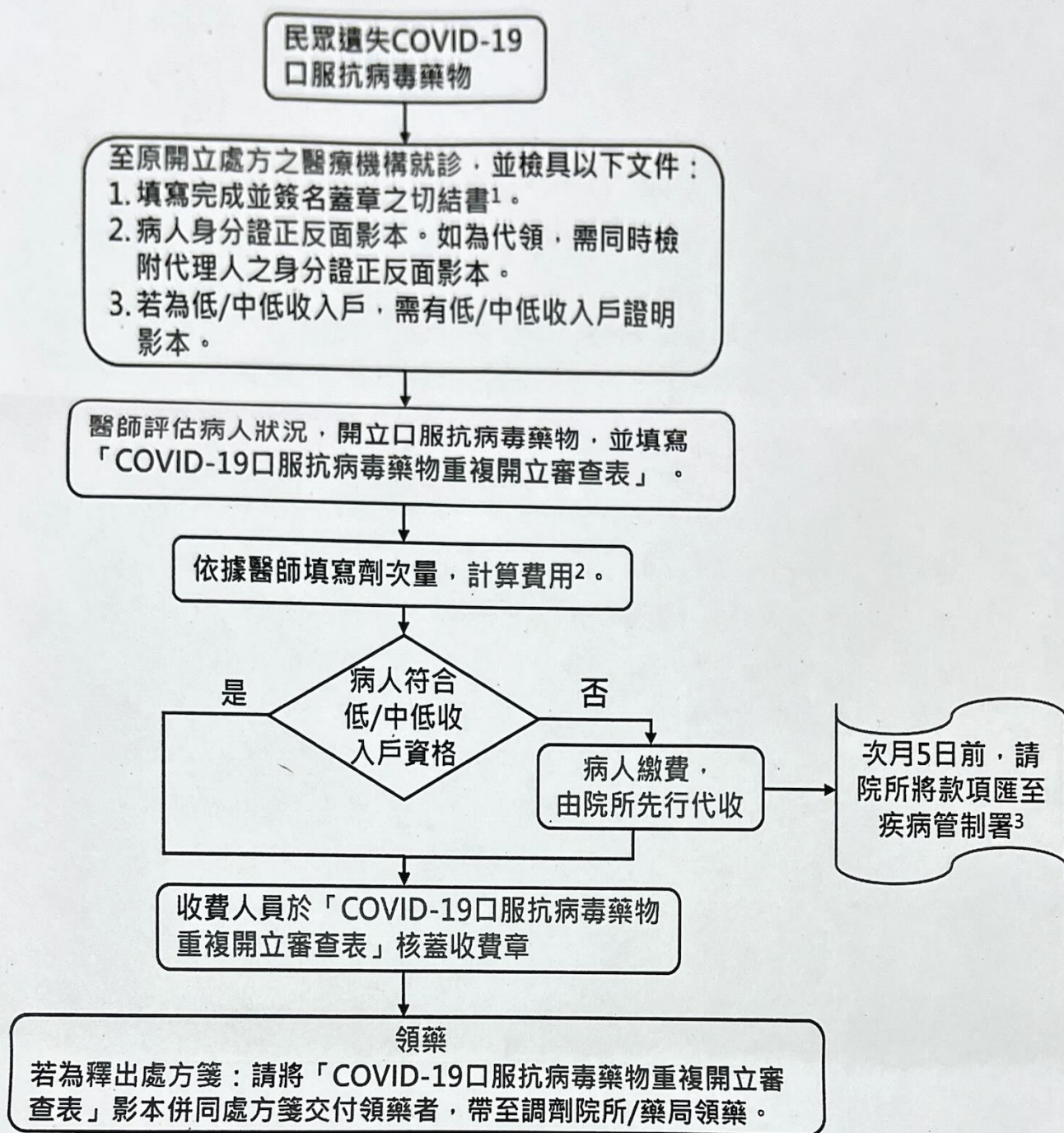
匯入銀行：中央銀行國庫局（代號：0000022），帳號：24570502123001

戶名：衛生福利部疾病管制署

備註：000（民眾姓名）申請重複開立口服抗病毒藥物。

※財政部核編之匯款繳庫帳號係屬虛擬帳號，目前僅限辦理國庫匯款作業使用，尚無法提供繳款人以 ATM 或網路銀行等方式繳納。

民眾因遺失 COVID-19 口服抗病毒藥物申請重複領藥流程



1. 切結書內容：包含遺失藥品名稱、藥品遺失情形、遺失時間、地點以及原因。

2. 費用計算方式為 Paxlovid 每劑次單價 2,179 元，Molnupiravir 每劑次單價 2,134 元；請將應收取的費用金額填入審查表。應收藥費=每劑次單價 x 醫師開立劑次量

3. 匯入銀行：中央銀行國庫局（代號：0000022），帳號：24570502123001 戶名：衛生福利部疾病管制署。

備註：000(民眾姓名)申請重複開立口服抗病毒藥物

※財政部核編之匯款繳庫帳號係屬虛擬帳號，目前僅限辦理國庫匯款作業使用，尚無法提供繳款人以 ATM 或網路銀行等方式繳納。

COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請切結書

本人_____ (身分證字號：_____)

於_____年_____月_____日

由_____ (醫療機構名稱)

開立 COVID-19 口服抗病毒藥物 (Paxlovid Molnupiravir)，

因_____之故，

於_____ (遺失地點) 致前述口服抗病毒藥物遺失，

申請重新開立處方領藥

以上申報如有虛偽情事，願付法律上一切責任。

此致

_____ (醫療機構名稱)

立切結書人：

與病人關係：

身分證字號：

電話：

地址：

簽名蓋章：

檢附病人身分證件 (正反面) 影本

檢附立切結書人身分證件 (正反面) 影本

(若立切結書人非領藥病人本人，必須同時檢附病人與立切結書人之身分證明)

如病人符合低/中低收入戶資格，請檢附低/中低收入戶證明文件影本

中 華 民 國 年 月 日

COVID-19 口服抗病毒藥物重複開立審查表

審查日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料	<ul style="list-style-type: none"> ● 病人姓名： _____ ● 病人身分證/護照/居留證號： _____ ● 出生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 	
前次開立口服 抗病毒藥物資訊	<ul style="list-style-type: none"> ● 前次開立口服抗病毒藥物日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ● 前次開立之口服抗病毒藥物名稱： <input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Molnupiravir ● 重複開立口服抗病毒藥物原因：病人藥物遺失 	
申請重複開立 之藥品及藥量	<input type="checkbox"/> Paxlovid 劑量總計：共 _____ 天，共 _____ 劑次	<input type="checkbox"/> 已收費， _____ 元 (_____ 劑次*2,179 元/劑次) <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶免收費
	<input type="checkbox"/> Molnupiravir 劑量總計：共 _____ 天，共 _____ 劑次	<input type="checkbox"/> 已收費， _____ 元 (_____ 劑次*2,134 元/劑次) <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶免收費
醫師確認事項	<p>本人已確認取得病人（代理人）簽署之「COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請切結書」，並評估病人須重新取得上述劑量藥物，以完成完整治療療程。</p> <p>醫療機構名稱： _____</p> <p>處方醫師簽章： _____</p> <p>（連絡電話或手機： _____）</p>	
收費人員核章		

縣市____年____月因病人遺失藥品申請重複開立 COVID-19 口服抗病毒藥物之匯款清冊

申請重複開立日期	開立處方之醫療機構名稱	病人姓名	身分證/護照/居留證號	重複開立劑量	匯款金額	匯款日期	匯款金額審核	檢附資料	備註說明
				<input type="checkbox"/> Paxlovid____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	