

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：技佐 何唯
電話：25265394#3425
傳真：252651525
電子信箱：hbtcf00587@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國111年7月27日
發文字號：中市衛疾字第1110095061號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明四 (387140000I_1110095061_ATTACH1.pdf、
387140000I_1110095061_ATTACH2.pdf)

主旨：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，請貴單位配合辦理，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(下稱指揮中心)111年7月19日肺中指字第1113800348號辦理。
- 二、鑒於COVID-19口服抗病毒藥物係適用於發病5天內、具有重症風險因子的輕度至中度COVID-19確診者，且未被核准可連續使用超過5天，因此為確保醫療資源有效運用，指揮中心於「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案」之附件4「病人治療須知」中，敘明每位病人限接受1次口服抗病毒藥物(Paxlovid或Molnupiravir)治療。
- 三、然近期偶有發生民眾因遺失COVID-19口服抗病毒藥物，但療程尚未結束，申請再次開立口服抗病毒藥物之情形。考量民眾為具有重症風險因子之確診個案，未完成口服抗病毒藥物療程恐對預後造成影響，爰同意是類民眾得申請重複領取口服抗病毒藥物；惟基於病人於領藥後，應善盡保

管責任，避免浪費或濫用公共衛生資源之原則，故病人如因藥品遺失或保管不當致毀損，除具有低/中低收入戶證明者之外，應由確診病人自行負擔重複開立口服抗病毒藥物之費用。

四、民眾因遺失COVID-19口服抗病毒藥物申請重複領藥之程序及相關表單如附件，說明如下：

- (一)由病人或其代理人於切結書簽名蓋章，至原開立處方之醫療機構就診；切結書內容須包含遺失藥品名稱、藥品遺失情形、遺失時間、地點以及原因，並檢附病人及其代理人之身分證正反面之影本。如病人符合低/中低收入戶資格，應檢附低/中低收入戶證明文件影本，可免除以下之藥費負擔。
- (二)由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」。
- (三)請開立處方院所依據醫師於「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，代行收費。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。
- (四)完成費用繳交或經確認符合低/中低收入戶資格免收費，並由收費人員於審查表核蓋收費章之後，始可領藥。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。
- (五)開立處方之醫療機構應將「重複開立COVID-19口服抗病

毒藥物切結書」及「重複開立COVID-19口服抗病毒藥物
審查表」正本妥善保存，並於2個工作天內將影本或掃描
檔送交本局承辦窗口(何先生，分機3425、傳真號碼:04-
25261525、電子郵件hbtcf00587@taichung.gov.tw)備
查。

(六)調劑之醫事機構應於智慧防疫物資管理資訊系統

(SMIS)記錄耗用1人份藥物，並於備註欄中填報重複調
劑原因及實際調劑之劑量。

五、前揭醫療機構協助代收之民眾申請重複領藥藥費，請依以
下程序辦理匯款相關事宜：費用由開立處方之醫療機構協
助代收後，於每月5日前，將前1月份代收款項匯至衛生福
利部疾病管制署指定帳戶，並於2個工作天內將匯款證明影
本或掃描檔送交本局。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。

六、上揭藥物若有庫存異動（含點驗、主動移撥、耗用等），
請貴單位須於24小時內至智慧防疫物資管理資訊系統
（SMIS）之「防疫藥品器材」子系統登錄異動情形，以利
藥品庫存管理及相關統計。

正本：本市各醫院、社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、台中
市診所協會、臺中市台中都診所協會、臺中市大臺中診所協會、臺中市新藥師公
會、社團法人臺中市藥師公會、台中市第一藥劑生公會、台中市藥劑生公會
副本：臺中市食品藥物安全處、本局醫事管理科、本局疾病管制科



COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請處理程序

- 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。

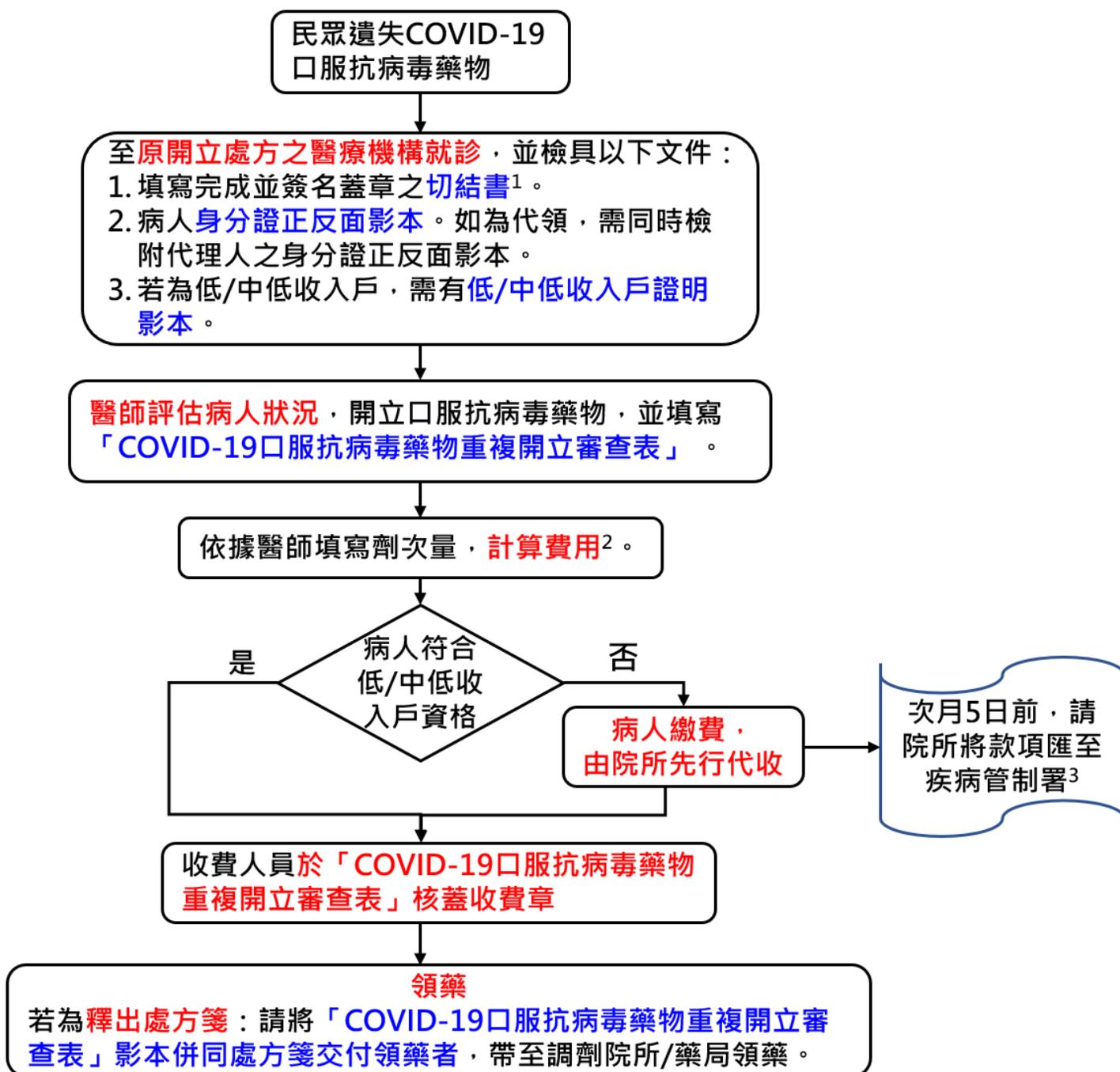
匯入銀行：中央銀行國庫局（代號：0000022），帳號：24570502123001

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：000022），帳號：24570502123001 戶名：衛生福利部疾病管制署，

備註：OOO(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*2,197 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	身份證/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	