

醫療機構代申請大陸地區人民來臺接受醫療服務申請表

代申請醫療機構全銜：_____

醫療機構用印

本案聯絡人：_____

聯絡電話：_____

醫院資格：

經新制醫院評鑑 合格 優等 特優

評鑑效期： / / - / /

衛生署國民健康局核可執行人工生殖施術醫療機構

申 請 人		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出 生 日 期	民國 年 月 日	居 住 地	國 省 縣 (市) (市)

疾 病 名 稱 _____

停 留 天 數	本案完整療程：_____天/週/月/年	隨同醫護專業人員(若無則免填)	
	需定期回診： <input type="checkbox"/> 是(回診週期 _____天/週/月) <input type="checkbox"/> 否	職 稱	姓 名
	本次預計在臺停留時間：_____天/週/月		陪 同 說 明

陪 同 來 臺 親 屬 資 料 (若 無 則 免 填)

稱 謂	姓 名	陪 同 來 臺 說 明	稱 謂	姓 名	陪 同 來 臺 說 明

代申請醫療機構同意具保 (此欄未填寫需另附保證書) 本院願提供大陸地區人士：_____所需之相關醫療服務，若該病患與其陪同來臺家屬有違規、違常而遭強制出境與收容時，本院願負擔強制出境及收容之相關費用。此外，若本院發現病患與其陪同來臺家屬在臺期間發生違規違常情事，將立即通報衛生署。

請檢附、核對以下資料並依序排列

必 要 資 料	<input type="checkbox"/> 1. 大陸地區人民入出臺灣地區申請書正本 <input type="checkbox"/> 2. 大陸地區居民身分證影本、其他證照或足資身分影本 <input type="checkbox"/> 3. 經海基會驗證之「陪同來臺家屬親屬關係證明文件」正本 <input type="checkbox"/> 4. 醫療計畫書及療程表 <input type="checkbox"/> 5. 保證書(若就診醫療機構同意具保則免附) <input type="checkbox"/> 6. 申請人在第三地區，應另檢附第三地區再入境簽證或第三地區居留證或香港身分證影本。
----------------------------	--

其他

- 1. 隨同(機)照料醫護人員之「來臺必要性說明」正本
- 2. 隨同(機)照料醫護人員之「名冊」正本
- 3. 隨同(機)照料醫護人員之「醫療專業在職證明」正本

請依大陸地區人民來台就醫之疾病類別勾選下列疾病一覽表選項

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 需積極或長期治療之癌症(含血癌) | <input type="checkbox"/> 15. 多發性硬化症 |
| <input type="checkbox"/> 2. 血液、淋巴系統疾病 | <input type="checkbox"/> 16. 先天性肌肉萎縮症 |
| <input type="checkbox"/> 3. 末期腎臟病 | <input type="checkbox"/> 17. 皮膚及皮下組織病變與其重大併發症 |
| <input type="checkbox"/> 4. 自體免疫性疾病 | <input type="checkbox"/> 18. 早產兒所引起之各種器官併發症 |
| <input type="checkbox"/> 5. 先天性新陳代謝異常疾病 | <input type="checkbox"/> 19. 運動神經元疾病 |
| <input type="checkbox"/> 6. 先天性畸形或染色體異常 | <input type="checkbox"/> 20. 庫賈氏病 |
| <input type="checkbox"/> 7. 燒燙傷面積達全身百分之二十以上；
或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者 | <input type="checkbox"/> 21. 不具感染性之泌尿、生殖系統疾病 |
| <input type="checkbox"/> 8. 活體器官移植及移植後之追蹤治療 | <input type="checkbox"/> 22. 骨骼、結締組織受損或功能不全所引起之併發症 |
| <input type="checkbox"/> 9. 小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症 | <input type="checkbox"/> 23. 肝、膽、腸、胃等消化器官功能衰竭及其併發症 |
| <input type="checkbox"/> 10. 因消化系統功能不全或其他慢性疾病所引起之嚴重營養不良與其併發症 | <input type="checkbox"/> 24. 需積極治療之心血管疾病 |
| <input type="checkbox"/> 11. 重症肌無力症 | <input type="checkbox"/> 25. 妊娠及相關重大併發症 |
| <input type="checkbox"/> 12. 先天性免疫不全症 | <input type="checkbox"/> 26. 需依靠置入外物輔助以發揮正常功能之感覺器官疾病 |
| <input type="checkbox"/> 13. 脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者 | <input type="checkbox"/> 27. 牙齒組織與齒髓相關疾病及其相關併發症 |
| <input type="checkbox"/> 14. 腦血管疾病及需積極治療之腦部病變 | <input type="checkbox"/> 28. 罕見疾病 |

注意事項：

1. 欲代理申請大陸地區人民來臺接受醫療服務之醫療機構應於醫療服務量尚有餘裕，且不影響國人權益為前提，凡經醫院評鑑合格，並規劃有大陸人士醫療服務專區者，得代理申請之；但符合行政院衛生署國民健康局許可之診所或醫院，代申請以接受人工生殖施術為目的，不受醫院評鑑合格之限制。
2. 大陸地區所發給之親屬關係證明書，代申請之醫療機構基於時效考量，得先檢附公證書影本及海基會已收件驗證之收據，申請先行進行審查程序，再於移民署發證前檢附驗證完成之公證書。如因申請來臺大陸人士病況緊急不及完成驗證，得由代申請之醫療機構敘明事由向移民署提出先行發證之申請，惟仍應於完成驗證後補送驗證完成之公證書。
3. 申請人如屬下列任一狀況，代申請之醫療機構得敘明事由向入出國及移民署申請，俾利縮短審查時效。
 - (1) 疾病嚴重已威脅生命安全。
 - (2) 疾病病程發展迅速且持續惡化。
 - (3) 遇臟器捐贈，且符合配對。
 - (4) 疾病已嚴重影響生活品質。
4. 代申請之醫療機構須確實掌握申請人與其陪同來臺親屬之在臺行程，若發現病患與其陪同來臺親屬發生違規違常情事，應立即通報衛生署(通報電話：02-8590-6666)。
5. 大陸地區人民申請進入臺灣地區接受醫療服務，應依下列順序覓臺灣地區人民1人為保證人：
 - (1) 配偶或直系血親。
 - (2) 有能力保證之三親等內親屬。
 - (3) 有正當職業之公民，其保證對象每年不得超過5人。另得由代申請醫療機構以機構名義出具同意函保證。