

(附表)

衛生福利部藥害救濟申請書

限受理單位填寫
受理日期： 年 月 日
案件編號：

※申請類別：死亡給付 障礙給付 嚴重疾病給付※申請資訊來源：醫療人員 藥袋標示 衛生機關 傳播媒體 親友介紹 其他 \_\_\_\_\_

受 害 人	姓 名	吳志明	性別	男	身分證字號	A123456789
	出生日期	民國 43 年 04 月 01 日 (64 歲)			聯絡電話	(日)(02)2358-7343 (夜)(02)2358-7343
	聯絡地址	台北市中正區愛國東路22號				

申 請 人	申請人資格	<input checked="" type="checkbox"/> 申請人為受害人本人(申請嚴重疾病給付、障礙給付)，免填申請人資料 <input type="checkbox"/> 申請人為受害人之法定代理人(申請嚴重疾病給付、障礙給付時，當受害人未成年或經監護宣告) <input type="checkbox"/> 申請人為受害人之法定繼承人(申請死亡給付)				
	姓 名		性別		身分證字號	
	與受害人關係				聯絡電話	(日) (夜)
	聯絡地址					

申 請 事 實 (請 求 救 濟 事 件 之 經 過)	(一)用藥原因					
	用藥原因(疾病)	癲癇				
	疑似引起嚴重不良反應之藥品名稱	carbamazepine				
	藥品取得日期(處方日期)	107年11月1日				
	藥品(處方)取得之醫療院所	關懷診所				

申 請 事 實 (請 求 救 濟 事 件 之 經 過)	(二)嚴重不良反應發生及處置					
	嚴重不良反應症狀	皮膚紅疹、口腔潰瘍、雙眼紅痛				
	嚴重不良反應發生日期	107年11月6日	就醫日期	107年11月7日		
	申請人知悉嚴重不良反應日期	107年11月7日				
	嚴重不良反應治療之醫療院所	信賴醫院				
	診斷病名	史蒂文生氏-強生症候群				
	接受治療過程	<input checked="" type="checkbox"/> 住院：自 107年11月7日至 107年12月7日，共 30 日 <input type="checkbox"/> 其他治療：				

申 請 事 實 (請 求 救 濟 事 件 之 經 過)	(三)嚴重不良反應導致之結果(請擇一勾選)					
	<input type="checkbox"/> 死亡(日期：____年____月____日，檢附死亡證明書)					
	<input type="checkbox"/> 障礙(疑似因嚴重不良反應造成永久性殘疾，且領有身心障礙手冊或障礙證明)					

其 他 說 明	一、受害人是否有藥物過敏史？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；藥物名稱：_____					
	二、是否就本次事件與醫事機構或個人達成和解，或已取得補償或賠償？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	三、其他：					

聲 明 事 項	一、本人確認上述申請資料屬實。					
	二、本人同意並委託衛生福利部及其指定之財團法人藥害救濟基金會，向中央健康保險署及各級醫療院所調閱本件藥害救濟申請案因調查及審議所需之健保就醫紀錄及完整醫療病歷等資料。					
申請人簽章：					吳志明	
申請日期： 108 年 1 月 2 日						

## 申請需檢附資料：

請寄：100台北市中正區愛國東路22號10樓 財團法人藥害救濟基金會 收

申請死亡給付	申請障礙給付	申請嚴重疾病給付
1. 申請書正本 2. 受害前後病歷摘要 3. 受害後診斷證明書 4. 死亡證明 5. 解剖報告影本(若有，請檢附) 6. 申請人身分證正反面影本 7. 戶口名簿影本	1. 申請書正本 2. 受害前後病歷摘要 3. 診斷證明書 4. 身心障礙手冊或障礙證明正反面影本 5. 身分證正反面影本 6. 戶口名簿影本(申請人為法定代理人時檢附)	1. 申請書正本 2. 受害前後病歷摘要 3. 診斷證明書 4. 醫療費用收據影本 5. 身分證正反面影本 6. 戶口名簿影本(申請人為法定代理人時檢附)

## 申請藥害救濟應注意事項：

一、藥害救濟之請求權人如下：

(一) 死亡給付：受害人之法定繼承人。

(二) 障礙給付或嚴重疾病給付：受害人本人或其法定代理人。

二、藥害救濟之申請，請求權人應自知有藥害時起，三年內為之。

三、有下列各款情事之一者，不得申請藥害救濟：

(一) 有事實足以認定藥害之產生應由藥害受害人、藥物製造業者或輸入業者、醫師或其他之人負其責任。

(二) 本法施行前已發現之藥害。

(三) 因接受預防接種而受害，而得依其他法令獲得救濟。

(四) 同一原因事實已獲賠償或補償，但不含人身保險給付在內。

(五) 藥物不良反應未達死亡、身體障礙或嚴重疾病之程度。

(六) 因急救使用超量藥物致生損害。

(七) 因使用試驗用藥物而受害。

(八) 未依藥物許可證所載之適應症或效能而為藥物之使用，但符合當時醫學原理及用藥適當性者，不在此限。

(九) 常見且可預期之藥物不良反應。

(十) 其他經主管機關公告之情形

四、藥害救濟申請人檢附之資料不合程式者，主管機關或其所委託之機關(構)、團體得通知補正。藥害救濟申請人應於接獲通知後三十日內補正，逾期不補正者，不予受理。前項補正如有正當理由，藥害救濟申請人得於三十日補正期間屆滿前，申請延期一次。但延長期間不得逾三十日。

五、藥害救濟請求權人對救濟給付之審定如有不服，須於處分到達次日起三十日內，提起訴願。

六、藥害救濟審議結果僅作為判定救濟與否之依據，其是否成立其他民、刑事責任，應以司法機關裁判為準。

七、已領取藥害救濟給付而基於同一原因事實取得其他賠償或補償者，於取得賠償或補償之範圍內，應返還其領取之藥害救濟給付。但自人身保險所取得之給付不在此限。

**以上規定，本人均已知悉，並願意遵守**

此致 衛生福利部

申請人簽章：

明吳印志

吳志明