

疾病管制署全國醫療服務卡申請書

申請日期： 年 月 日

新申請 遺失補發

申請人姓名		身分證字號/ 居留證號碼	
聯絡電話		聯絡地址	
中或 華 民 國 居 留 身 分 證 證	正面影本	反面影本	
衛生局 審核 意見 欄	<p>1. 受理日期：_____。</p> <p>2. <input type="checkbox"/>同意核發全國醫療服務卡，追蹤管理系統電腦編號：_____。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>不同意，不符申請條件。</p> <p style="margin-left: 40px;">理由：</p> <p>3. 申請人非本衛生局管理追蹤個案，以公務查詢申請表向疾病管制署_____區管制中心查詢，並由該中心傳真個案疫調單供審查用。</p>		
	承辦人：	複核：	決行：
	電話聯絡申請人日期：	<input type="checkbox"/> 填妥「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」及「管理追蹤調查表」並更新追蹤管理系統，或以密件寄送至管理追蹤之衛生局。	
	核發全國醫療服務卡日期：		

備註：申請人自收件日起6個月內需完成領卡，逾期未領取之服務卡，得由受理之衛生局予以註銷，申請人欲領取服務卡需重新申辦。

領取全國醫療服務卡權利與義務告知書

在申辦全國醫療服務卡的過程中，衛生局（所）人員會充分向我說明我的權利與義務，並且日後將定期與我聯繫，關心我的生活狀況及提供相關的疾病衛教指導。

權利：

1. 當我就學、就業之權益因疾病受損時，可向各該機關（構）、學校或團體負責人提出申訴；如果申訴有遲延處理或對處理結果不服，可再向地方主管機關提出申訴；如果對於地方主管機關申訴之處理結果不服者，可再向中央主管機關提出申訴。【申訴時得委託機關（構）、團體或第三人提出。】
2. 當我安養、居住之權益因疾病受損時，可向地方主管機關提出申訴；如果對於地方主管機關申訴之處理結果不服者，可再向中央主管機關提出申訴。【申訴時得委託機關（構）、團體或第三人提出。】
3. 當我於愛滋病指定醫院因愛滋病或愛滋引起的相關疾病就醫並出示「全國醫療服務卡」，將可享有中央主管機關部份補助之醫療費用。
4. 主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。
5. 衛生局（所）人員已告知我愛滋病傳染途徑及從事各種型式性行為（包括陰道交、肛交、口交等）時應使用保險套，及不應共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免再度感染的風險，特別是可能感染到抗藥性的病毒株，會造成無藥可醫的後果。

義務：

1. 我不應與他人進行危險無套性行為或共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免觸法。
2. 衛生局（所）人員已向我說明治療費用昂貴，目前國家的愛滋醫療預算已不敷支應，我應確實遵從醫師指示服用藥物，若因服藥造成不適，將儘速與醫師或個案管理師溝通，決不自行停藥，以免造成抗藥性，亦不將藥物隨意丟棄造成浪費，確保自己可以持續享有既有的醫療資源。
3. 我了解我依法應配合衛生局（所）個案管理人員進行接觸者的告知工作，追蹤接觸者的目的在找出感染源或未知自己感染的感染者。這對控制愛滋病疫情和我的接觸者是很重要的，接觸者告知方式包括我自己告知、個管人員和我共同告知或由衛生局（所）人員告知等三種方式，衛生局（所）人員於告知接觸者時，會對感染者的資料予以保密。接觸者告知對感染者是一件困難的工作，尤其感染者可能會擔心自己的人身安全，特別是受虐的婦女、弱勢的年輕人，若我另有擔心親密伴侶暴力問題亦請跟衛生局（所）人員說明，衛生局（所）人員將一起尋求其他資源的協助，以確保我的人身安全。

以上權利義務之法規：

人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

第四條：感染者之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視，拒絕其就學、就醫、就業、安養、居住或予其他不公平之待遇，相關權益保障辦法，由中央主管機關會商中央各目的事業主管機關訂定之。

中央主管機關對感染者所從事之工作，為避免其傳染於人，得予必要之執業執行規範。非經感染者同意，不得對其錄音、錄影或攝影。

第十二條：感染者有提供其感染源或接觸者之義務；就醫時，應向醫事人員告知其已感染人類免疫缺乏病毒。

主管機關得對感染者及其感染源或接觸者實施調查。但實施調查時不得侵害感染者之人格及隱私。

感染者提供其感染事實後，醫事機構及醫事人員不得拒絕提供服務。

第二十一條：明知自己為感染者，隱瞞而與他人進行危險性行為或有共用針具、稀釋液或容器等之施打行為，致傳染於人者，處五年以上十二年以下有期徒刑。

明知自己為感染者，而供血或以器官、組織、體液或細胞提供移植或他人使用，致傳染於人者，亦同。

前二項之未遂犯罰之。

危險性行為之範圍，由中央主管機關參照世界衛生組織相關規定訂之。

人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法

第九條：本辦法之給付對象有下列情形者，經主管機關查核屬實，應予適當之處置：

一、經指定醫事機構或主管機關發現未遵循醫囑用藥或醫療處置者。

二、經查核健保局就醫資料有重複就醫或浪費醫療資源情形者。

前項適當處置，得由主管機關依其情節輕重，分別為下列處置：

一、輔導感染者至特定之指定醫事機構就醫。

二、不予給付前項人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防及治療費用。

三、暫行拒絕給付人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防及治療費用。

接受告知者簽名：

法定代理人簽名：

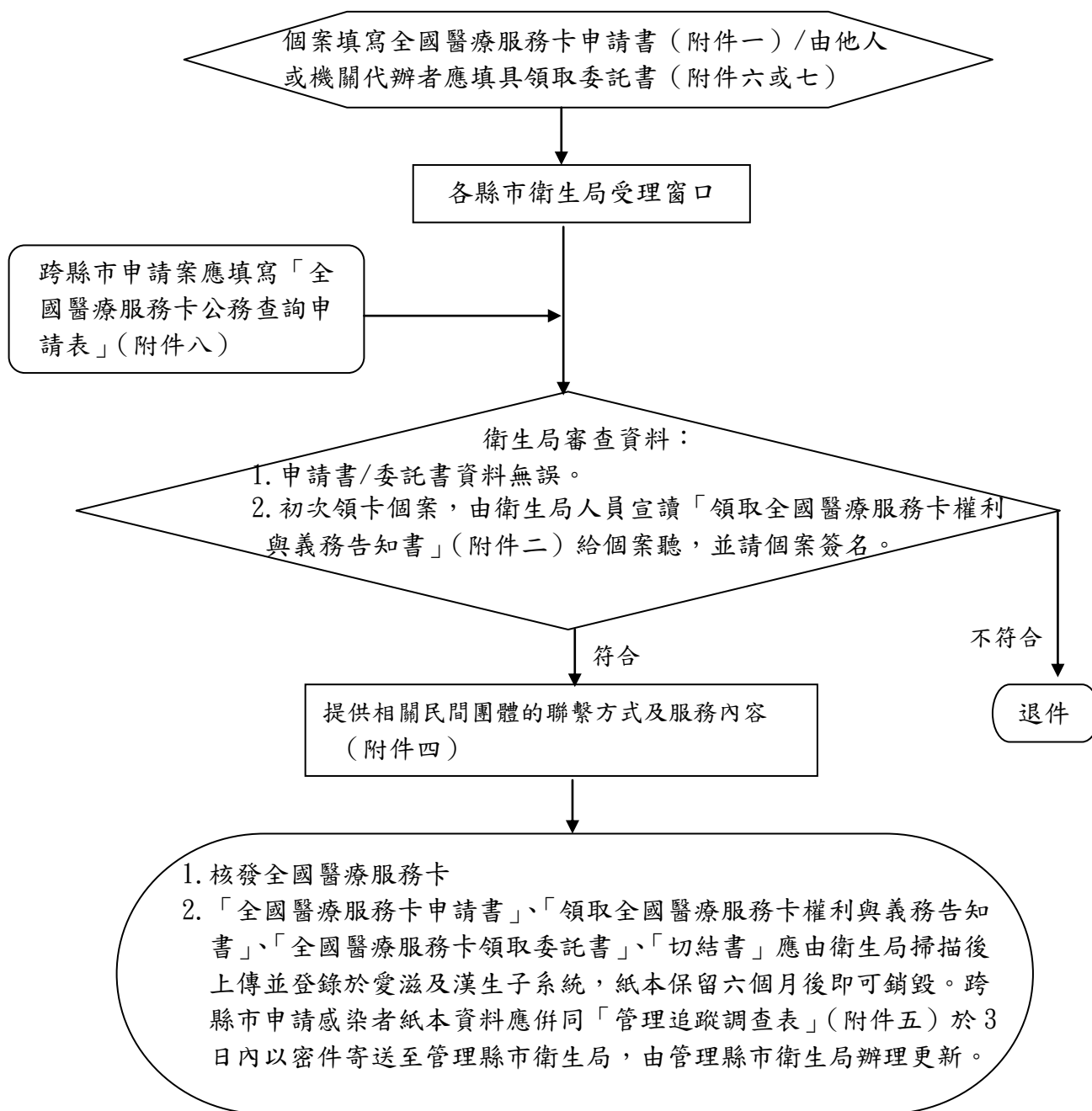
(未滿 12 歲之兒童請由法定代理人簽名)

告知者簽名：

中華民國 年 月 日

※本文件僅為告知性質，不具法律約束，若違反相關法令，仍依該法令之規定辦理。

「領取全國醫療服務卡」流程



註：

1. 無法親自辦理者可於本署資訊網站下載此告知書，由代辦者宣讀，本人或法定代理人簽名後，再由代辦者帶至衛生局辦理。
2. 若診斷證明書證明個案為昏迷狀態，則不須填告知書。若個案清醒後，則由衛生局人員訪視時補宣讀「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」，並請個案簽名後掃描上傳至愛滋及漢生子系統存檔。

愛滋相關民間團體聯繫方式及服務內容

單位	網頁	電話及地址	工作內容
社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會	http://praatw.org/	(02)2550-5963 10355 台北市大同區承德路一段 48 號 2 樓	政策倡導 處理愛滋感染者權益侵害事件
台灣預防醫學學會希望工作坊	http://www.aids.org.tw/	(02) 23920010 10084 台北市中正區羅斯福路 2 段 70 號 6 樓之 7	病患訪視 醫療轉介 諮商輔導
社團法人台灣愛之希望協會	http://www.lovehope.org	(07)550-0225 80452 高雄市鼓山區龍文街 31 號 5 樓	電話諮詢 陪伴就診與訪視
社團法人台灣露德協會(台北辦公室)	http://www.lourdes.org.tw	(02)2371-1406 10041 台北市中正區中山北路一段 2 號 2 樓 203 室	諮商輔導、急難救助、新知出版、諮詢服務、支持團體、中途之家、感染者聯誼中心、監所愛滋收容人輔導
社團法人台灣露德協會(台中辦公室)		(04)2229-5550 40043 台中市東區綠川東街 32 號 12 樓之 11	
財團法人台北市愛慈社會福利基金會	http://www.aidscare.org.tw	(02)2370-3579 10047 台北市中正區公園路 20 巷 14 號 4 樓	醫院訪視、諮商輔導、愛滋收容人輔導、成人恩典之家與愛滋寶寶中心
社團法人台灣同志諮詢熱線協會	http://www.hotline.org.tw	(02)2392-1969 10084 台北市中正區羅斯福路 2 段 70 號 12 樓	權益維護 同志愛滋諮詢與輔導
社團法人台灣關愛之家協會(台北)	http://www.hhat.org/	(02)2738-9600 11054 台北市信義區嘉興街 262-1 號 1 樓	中途之家 個案輔導
社團法人台灣關愛之家協會(高雄)	http://w3.csmu.edu.tw/~aidsicare/	(07)390-8671 80772 高雄市三民區黃興路 39 號	醫療轉介、陪同就醫、篩檢前後諮詢、出感染者困境協助
中華民國台灣懷愛協會		04-24730022 轉 11722 40201 台中市南區建國北路一段 110 號研究大樓 13 樓	
財團法人基督教晨曦會	http://www.dawn.org.tw	(02)2927-0010 23443 台北縣永和市保福路 2 段 23 巷 37 號	愛滋毒癮戒治 福音戒毒輔導
社團法人台灣世界愛滋快樂聯盟	http://www.hiv.org.tw/hiv/	(08)778-6950 91242 屏東縣內埔鄉美和村學人路 257 號	諮商輔導 急難救助 監所愛滋收容人輔導
財團法人台灣紅絲帶基金會	http://www.taiwanaids.org.tw/	(02)2559-2059 10341 台北市大同區鄭州路 40 號 3 樓	陪伴就醫、定期關懷、醫療諮詢、兵役及保險相關諮詢、工作轉介、感染者伴侶關懷
台灣減害協會	http://www.harmreduction.org.tw/	(02)2670-8633 10084 台北市中正區羅斯福路 2 段 70 號 6 樓之 7	愛滋毒癮防治及輔導、針具交換

管理追蹤調查表

姓名：

追蹤管理電腦編號：

1. 隱私連絡電話：_____
2. 疑似或確認為愛滋寶寶：母親姓名_____ 母親 HIV 編號 _____
3. HIV 子女追蹤資料：子女姓名_____ 性別_____ HIV 檢驗日期_____ 結果_____
子女姓名_____ 性別_____ HIV 檢驗日期_____ 結果_____
4. 原外國籍後來歸化本國籍：是否
5. 是否曾變過性別？是否
6. HIV 女性感染者懷孕情形：第____次懷孕，目前懷孕週數____，預防性投藥是否
預產期_____，人工流產日期_____
生產方式_____，本次懷孕活產數_____
產後哺育母乳是否，HIV 陽性小孩數_____
7. 性傾向：異性戀同性戀雙性戀
8. HIV 感染危險因子：性行為血友病靜脈毒癮者(不含搖頭族)接受輸血者
母子垂直感染(需追蹤滿 18 個月，確認為愛滋寶寶)
其他_____
9. HIV 最近一次就醫紀錄：醫療院所名稱_____，就醫方式_____
就醫日期_____，已使用雞尾酒療法
10. 愛滋病診療就醫憑證：核發日期_____ 卡別_____
11. 我國國民之外籍配偶申請愛滋病診療就醫憑證(臨時卡)：是，國籍_____ 否
12. HIV 個案備註：

以下將請您填寫您的接觸者相關資訊，這是為了讓您的接觸者了解他們有遭受感染的危險，並儘早接受篩檢，這些資訊的提供有助於公共衛生人員進行追蹤管理，對於您自己及您的接觸者均有好處。

1. 這是您首次提供接觸者的相關資訊嗎？_____ 是 _____ 否
若此次非首次，您首次提供接觸者的相關資訊的日期是：_____年_____月_____日
提供給哪位醫療或公共衛生人員：_____

2. 接觸者資料(含配偶)

接觸者姓名	性別	與您的關係	危險行為分類	與您最後一次危險行為接觸的日期	接觸者的電話	接觸者的住址	HIV 檢驗紀錄
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無

疾病管制署全國醫療服務卡領取委託書

委託書	<p style="text-align: center;">_____ (申請人) 因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託_____ (受託人) 持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受託人身分證件，向 貴局領取全國醫療服務卡。</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">_____衛生局</p> <p style="text-align: center;">委託人簽名：</p> <p style="text-align: center;">委託日期：民國 年 月 日</p>	
受託人資料	受託人簽名：	申請人與受託人關係：
	受託人身分證字號：	受託人聯絡電話：
	受託人聯絡地址：	
	受託人中華民國國民身分證正面影本	受託人中華民國國民身分證反面影本

疾病管制署全國醫療服務卡領取委託書（機關用）

委 託 書	<p style="text-align: center;">_____（申請人）因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託_____（機關名稱）_____（受委託人職稱）_____（受委託人姓名）持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受託人身分證件，向 貴局領取全國醫療服務卡。</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">_____衛生局</p> <p style="text-align: center;">委託人簽名：</p> <p style="text-align: center;">委託日期：民國 年 月 日</p>	
受 託 機 關 資 料	受託人簽名（正楷）：	受託人聯絡電話：
	受託機關用印	

備註：1. 受託機關限為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或矯正機關及相關民間團體。

2. 受託人應出示身份證件以供檢覈。

全國醫療服務卡公務查詢申請表

注意事項：

1. 本申請表僅用於衛生局向疾病管制署各區管制中心查詢使用。提出申請之承辦人員傳真時，應先電話通知管制中心承辦人員將要傳真的人數和傳真時間，並確認資料傳送完成；管制中心承辦人員回傳資料時亦同。
2. 本資料應以密件歸檔，並不得對外洩漏。

申請單位	衛 生 局	申請日期	年 月 日
申請者	姓 名	主管核章：	
	聯 絡 電 話		
	傳 真 電 話		

【切結】 本人確實遵守「傳染病防治法、人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例、電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作執掌以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機密資料，絕對保守機密，不得對外洩漏，如有違誤，願負法律上責任，離職後亦同。

◎ 查詢名單

個案姓名	身分證字號	案由/查詢原因（需具體描述）

（為保護個人隱私，回覆時僅保留姓名頭、尾字+身分證字號後四碼）

審查結果
<input type="checkbox"/> 不符合查詢標準 <input type="checkbox"/> 目前非列管個案 <input type="checkbox"/> 為列管個案，就醫憑證卡別_____
<small>（衛生局因個案申辦全國醫療服務卡而向疾病管制署各區管制中心申請查詢時，請各區管制中心依疫調系統所呈現之就醫憑證卡別填寫）</small>
目前列管縣市_____縣/市 （電腦編號：_____）

疾病管制署各區管制中心初審人員核章

單位主管核章

切 結 書

本人因人類免疫缺乏病毒抗體檢驗確實為陰性，已不符合「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」之受補助對象，惟已申領之「全國醫療服務卡」因遺失無法歸還衛生單位。如有不實，本人同意歸還自立切結書之日起已受補助之人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用，並負一切法律責任。特此切結為憑。

切結人簽章：

(未滿 12 歲之兒童請由法定代理人簽名)

身分證號碼：

地址：

電話：

中 華 民 國

年

月

日