

罕見疾病國際醫療合作補助辦法條文

第一條 本辦法依罕見疾病防治及藥物法（以下稱本法）第十三條第三項規定訂定之。

第二條 本辦法所稱國際醫療合作，指至國外接受治療或國際代行檢驗之行為。

前項國際醫療合作，以國內醫療、檢驗或研究機構不具病人所需之診斷、檢驗或治療能力，且非屬人體試驗之項目為範圍。但國際代行檢驗項目，以對診斷、疾病治療方式或遺傳諮詢建議有重大影響者為限。

第三條 申請補助至國外進行國際醫療合作，應於病人或檢體出境前一個月為之。但情況急迫時，不在此限。

第四條 申請至國外進行國際醫療合作，醫療或研究機構應協助提出下列文件：

- 一、至國外進行國際醫療合作所需之申請書（如附表一）、證明書、醫療評估報告、診療計畫書及相關證明文件。
- 二、申請代行檢驗所需之申請書（如附表二）、證明書及相關證明文件。

前項文件應加註足以證明該國外機構具有相關診斷、檢驗或治療能力之說明，或檢附足以佐證之文件。

第一項申請至國外接受治療，病人為未成年人、受監護或輔助宣告之人時，除應檢具前二項文件外，應出具法定代理人、監護人或輔助人陪同就醫之切結書（如附表三），或委託具照顧能力之人陪同就醫之委託書（如附表四）。

第五條 醫療或研究機構出具申請至國外進行國際醫療合作之醫療評估報告，得依第七條規定申請補助，每一個案補助金額累計上限為新臺幣一萬元。

醫療或研究機構醫師一人陪同罕見疾病病人至國外進行國際醫療合作，得於返國後三個月內檢附機票票根正本及購票證明或

旅行業代收轉付收據證明，申請補助經濟(標準)座(艙)位機票費用，並依實核銷。

第六條 中央主管機關依罕見疾病及藥物審議會之建議，駁回國際醫療合作之申請案件時，得轉介病人至國內醫療、檢驗、研究機構或其他國際相關機構，接受診斷、檢驗或治療。

第七條 國際醫療合作費用補助，應於返國後三個月內，由病人或其法定代理人檢具原申請書、收據及就醫證明向中央主管機關申請補助；代行檢驗項目，應由原申請之醫療或研究機構於事實發生或結帳後三個月內，檢具申請書及收據向中央主管機關申請補助。如有特殊原因，得於期間屆滿前申請延長，延長期間不得超過三個月。逾期未提出申請者，視同放棄。

第八條 國際醫療合作補助之項目以病人及必要陪同就醫家屬一人之機票費、病人之醫療費、藥材費、檢驗費、病房費、門診費等醫療服務項目為限，但病人為未成年人或重度失能者，其陪同就醫家屬或必要照顧人力之機票費得酌增至二人。每一個案補助金額累計上限為新臺幣一百五十萬元。符合低收入戶及中低收入戶病人，補助金額累計上限為新臺幣三百萬元。代行檢驗費用之補助額度，以實際發生數之百分之八十為限，且每一個案累計每年不得逾新臺幣八十萬元。

第九條 申請國際醫療合作費用補助者，如向二個以上機關(構)提出申請補(捐)助，應列明全部經費內容，及向各機關(構)申請補(捐)助之項目及金額。如有隱匿不實或造假情事，應負相關法律責任。主管機關應撤銷該補助案件，並追回已撥付款項。

第十條 本辦法自發布日施行。

附表一

罕見疾病國際醫療合作及費用補助申請書(**第 聯)

病人基本資料：

病人姓名：_____身分證統一編號：_____

生日：____年____月____日

家庭類別：一般 中低收入戶 低收入戶

中低或低收入戶家庭核定日期及文號：

中華民國____年____月____日 字第____號

戶籍地址：_____

居住地址：_____

連絡電話：() _____(手機)_____

疾病名稱及診斷代碼：_____

申請國際醫療合作資料：

申請理由摘要:_____ (另請於診療計畫書詳述)

(預計)治療摘要:_____ (另請於診療計畫書詳述)

(預計)治療期間: 年 月 日至 年 月 日

(預計)前往國家及醫療機構名稱:_____

國外醫療機構地址:_____

國外醫療機構治療負責人及職稱:_____

治療負責人連絡方式:電話_____ E-Mail_____

醫療費用預估數:新臺幣_____元(外幣名稱及金額_____)

醫療費用實際數:新臺幣_____元(外幣名稱及金額_____)

申請補助金額:新臺幣_____元(本項於申請費用補助，繳交第二聯時才需填寫，並請檢具醫療費收據；且每一個案補助金額累計最高上限不得逾新臺幣一百五十萬元整。

符合低收入戶及中低收入戶病人，補助金額累計最高
上限不得逾新臺幣三百萬元整。)

申請人資料:

申請人姓名:_____ (簽章)

與病人關係:_____ (申請人為法定代理人時，請填寫此欄，
並請繼續填寫下列欄位)

法定代理人連絡方式:電話_____ E-Mail_____

法定代理人身分證統一編號:_____

法定代理人戶籍地址:_____

法定代理人居住地址:_____

中華民國 年 月 日

**本附表一式二聯，第一聯於申請至國外進行國際醫療合作時繳交，
第二聯於申請國際醫療合作發生之醫療費用補助時繳交

附表二

罕見疾病國外代行檢驗及費用補助申請書(**第 聯)

病人基本資料：

姓名：_____身分證統一編號：_____生日：____年____月____日

家庭類別：一般 中低收入戶 低收入戶

中低或低收入戶家庭核定日期及文號：

中華民國____年____月____日 字第_____號

戶籍地址：_____居住地址：_____

連絡電話：(____) _____手機號碼：_____

法定代理人姓名：_____與病人關係：_____連絡電話：_____

身分證統一編號：_____

戶籍地址：_____居住地址：_____

申請(國外)代行檢驗資料：

病人疾病名稱及診斷代碼：_____

代行檢驗項目名稱：_____

檢驗費用預估數：新臺幣_____元(外幣名稱及金額_____)

檢驗費用實際數：新臺幣_____元(外幣名稱及金額_____)

申請補助金額：新臺幣_____元(本項於申請費用補助，繳交第二聯時才需填寫，並請檢具檢驗費用收據；得申請補助百分之八十，每一個案累計每年不得逾新臺幣八十萬元)

檢體類別：血液羊水尿液絨毛膜尿片血漿血清其他

申請代行檢驗理由：_____ (請務必填寫)

代行檢驗機構名稱及地址：

代行檢驗機構聯繫人：_____ 電話_____ E-mail_____

申請機構名稱：_____ (請加蓋機構章戳)

地址：_____ 電話：_____

申請代表人：_____ (簽章) 職稱：_____ 電話：_____

病人或其法定代理人知情同意簽章：_____

中華民國 年 月 日

**本附表一式二聯，第一聯於申請代行檢驗時繳交，第二聯於申請代行檢驗費用補助時繳交

附表三

切 結 書

茲_____同意依罕見疾病國際醫療合作補助辦法第四條第三項之規定，陪同罕見疾病病人_____，前往國外(地點/機構名稱)_____進行相關醫療，如有不實，本人願負一切責任。

立切結書人：_____ (簽章)

身分證統一編號：

與病人關係：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

病人姓名：

身分證統一編號：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日

附表四

委 託 書

本人_____依罕見疾病國際醫療合作補助辦法第四條第三項之規定，委託_____陪同罕見疾病病人_____，前往國外(地點/機構名稱)_____進行相關醫療，如有不實，本人願負一切責任。

委託人： (簽章)

身分證統一編號：

與病人關係：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

受委託人： (簽章)

身分證統一編號：

與病人關係：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

病人姓名：

身分證統一編號：

戶籍地址：

居住地址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日