

申請案號：

預防接種受害救濟申請書

登錄案號：

登錄電郵：

受害人 (請求權人)	姓名		性別		出生日期	年	月	日
	現居／聯絡地址				身分證字號			
	聯絡電話	日(市話):	夜(市話):		手機:			
	受害人 <input type="checkbox"/> 未成年，由法定代理人申請，請再於下欄填法定代理人資訊，並提供關係證明。 <input type="checkbox"/> 已死亡，由繼承人申請，請再於下欄填繼承人資訊，並提供關係證明。							
法定代理人／繼承人	姓名		性別		出生日期	年	月	日
	聯絡地址				身分證字號			
	聯絡電話	日(市話):	夜(市話):		手機:			
指定連絡人	姓名		關係					
	聯絡地址							
	聯絡電話	日(市話):	夜(市話):		手機:			
事由	疑因預防接種(疫苗種類: _____) 受害， <input type="checkbox"/> 致不良反應，請求救濟。 <input type="checkbox"/> 於_____年_____月_____日死亡， <input type="checkbox"/> 已解剖，請求救濟。 <input type="checkbox"/> 未解剖							
案情概要	接種日期	年	月	日	接種地點			不良反應症狀
	病情發展及求診經過							

註：惟為釐清受害人是否因預防接種致死，所需進行解剖的程度(完整或局部)，仍應由病理科醫師依受害人臨床資料評估為宜。

附錄

一、預防接種受害救濟申請說明

- 1、法規依據：本項預防接種受害救濟申請，係依據「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」（以下簡稱本辦法）規定辦理。
- 2、申請對象：依據本辦法第 2 條第 1 項規定略以，本人或母體疑因預防接種而受害者，得依本辦法之規定請求救濟。
- 3、申請期限：得知受害後的 2 年內，或受害發生日起 5 年內。
- 4、作業時程：作業進程包含：病歷調閱、資料檢核、案件審查（委員鑑定、審議會議）；本辦法第 14 條規定略以，中央主管機關應於案件資料齊全之次日起交由審議小組於六個月內完成審定。必要時，得予延長，並以一次為限，最長不得逾三個月。又完成審議後至發出處分函，約需再經 1 個月作業時程。
- 5、受害調查：依據本辦法第 7 條規定略以，地方主管機關受理前條申請後，應於七日內就預防接種受害情形進行調查，並將調查結果填入預防接種受害調查表，連同申請書、疑似受害人就醫病歷及相關證明資料，送請中央主管機關審議。
- 6、檢附資料：
 - (1) 受害人身分證明文件（如身分證）影本。
 - (2) 由法定代理人／繼承人申請，應檢附戶口名簿等證明與受害人關係文件影本。
 - (3) 預防接種證明影本（如接種紀錄或接種名冊）。
 - (4) 醫療院所診斷證明書（若有）。
 - (5) 障礙手冊或證明、重大傷病證明（若有）。
 - (6) 受害人如死亡，請檢附死亡證明書，相驗屍體證明書、解剖報告（若有）。
 - (7) 其他，如接種前健康評估表、預防接種家長同意書、不良反應照片或影片（若有）。
- 7、病歷調閱：為鑑定預防接種受害原因，將依個人資料保護法第 6 條第 1 項第 6 款及傳染病防治法第 39 條第 4 項規定，並參照健保就醫明細，向醫事機構調閱期間受害人所有病歷。
病歷調閱原則：
 - (1) 同一疫苗首次申請（本辦法第 8 條略以）：
 - A 類、年齡未滿三歲或罹患先天性疾病之兒童：出生起訖申請日止之全部病歷。
 - B 類、罹患慢性疾病者：接種前至少三年迄申請日止之全部病歷。
 - C 類、前二款以外者：接種前一年迄申請日止之全部病歷。
 - (2) 同一疫苗再次申請：自前一次申請日後一日至該次申請日止全部之病歷資料。
 - (3) 為確保個案權益，得依鑑定必要再延伸病歷調閱期間。
- 8、其他事項：
 - (1) 受害人若於接種疫苗前後另有服用其他藥物而產生不良反應，建議可向醫師或藥師諮詢後，同時提出藥害救濟申請，相關資訊請參閱財團法人藥害救濟基金會網站（<http://www.tdrf.org.tw>）。
 - (2) 本項申請說明，請衛生局善盡告知責任。

受 害 人
(簽 名 或 蓋 章)

註：受害人如未滿 20 歲，須出具其簽名或蓋章（未滿 7 歲或無法簽名者可由法定代理人代行），並請法定代理人其中一方於下欄簽名或蓋章。

法定代理人／繼承人
(簽 名 或 蓋 章)

申請日期

年

月

日

二、預防接種受害救濟申請註記事項

個人資料同意書

依個人資料保護法第3條規定，本人同意並委託高雄市政府衛生局，向中央健康保險署及各級醫療院所調閱與本件預防接種救濟申請案之健保就醫記錄及完整醫療病歷等資料。個人資料蒐集之特定目的終止時，高雄市政府衛生局將主動依檔案法處理。

本人已了解相關權益，並同意提供個人資料(請打勾)

簽名或蓋章：_____

與個案之關係：_____

中華民國 年 月 日