

衛生福利部國民健康署

「戒菸服務補助計畫」作業須知

中華民國 111 年 5 月第 11 次修訂

衛生福利部國民健康署
「戒菸服務補助計畫」作業須知

目錄

第一章 戒菸服務特約機構及戒菸輔助用藥契約調劑藥局	1
第一節 戒菸服務特約機構及戒菸輔助用藥契約調劑藥局申請程序....	1
第二節 服務人員異動核定程序	2
第三節 機構代碼異動核定程序	2
第四節 服務人員資格效期及更新	2
第二章 戒菸服務注意事項	3
第三章 補助基準及申報程序	6
第一節 補助基準.....	6
第二節 申報程序.....	6
第四章 申報補助審核及申復程序	7
第五章 附則	7
附錄一「戒菸服務特約機構」及「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」申請表	8
附錄二 機構代碼異動函文範本	9
附錄三 戒菸輔助用藥品項與補助基準.....	10
附錄四 戒菸輔助用藥部分負擔(自 111 年 5 月 15 日起刪除).....
附錄五 戒菸治療療程個案紀錄表	12
附錄六 戒菸衛教療程個案紀錄表	14
附錄七 戒菸服務專案申請書	16
附錄八 健保卡登錄及資料上傳欄位說明.....	18
附錄九 戒菸服務資訊系統(VPN)資料更正申請單.....	19
附錄十 戒菸服務申報作業說明	20
附錄十一「戒菸服務補助計畫」行政審核申復申請單.....	23
附錄十二「戒菸服務補助計畫」專業審核申復申請單.....	24

第一章 戒菸服務特約機構及戒菸輔助用藥契約調劑藥局

第一節 戒菸服務特約機構及戒菸輔助用藥契約調劑藥局申請程序

- 一、全民健康保險（以下稱健保）特約醫事機構(以下稱健保特約機構)，其執業登記(以下稱執登)之醫事人員具有有效期內之戒菸服務人員(以下稱服務人員)資格者，得依該機構及服務人員之類別，申請為本署之戒菸服務特約機構(以下稱機構)。但有下列情事之機構及人員，不得申請：
 - (一) 五年內曾受健保停約一年以上或終止特約；停約或終止特約為一部分之科別時，不得申請者，得以該等科別及其執登人員為限。
 - (二) 五年內曾因辦理本署戒菸服務補助計畫，受終止特約及移送司法機關偵辦者；於不起訴處分或無罪判決確定後，可解除不得申請之限制。
 - (三) 二年內曾因辦理本署戒菸服務補助計畫，受終止特約及懲罰性違約金新臺幣五十萬元以上；或於一年內受終止特約及懲罰性違約金新臺幣十萬元以上。
- 二、前項申請，應檢具申請表(附錄一)、服務人員相關證明文件及用印後之戒菸服務補助計畫契約書(下載網址 <https://ttc.hpa.gov.tw/Web/Download.aspx>)一式二份，以雙掛號郵件寄至「10341 台北市大同區長安西路 289 號 5 樓 國民健康署戒菸治療與管理窗口」，洽詢電話：(02)2351-0120 (此為委辦單位之地址、電話，如有異動，以本署網站資料為準)。申請案件經審查通過者，自核定生效日起，始得申請戒菸服務費用補助(以下稱補助)。
- 三、健保特約藥局之藥事人員不具服務人員資格，或具服務人員資格，而未申請為第一項所定之機構，且無第一項但書所定情事，或未曾因辦理本署「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」業務，而有等同第一項但書第(二)款及第(三)款之情事者，得申請為「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」；申請者應檢具申請表(附錄一)，及已用印之「戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書」(下載網址 <https://ttc.hpa.gov.tw/Web/Download.aspx>)一式二份，以雙

掛號郵件寄至前項所定之管理窗口；申請案件經本署審查通過者，自核定生效日起，始得比照第三章第一節所定之補助基準，申請戒菸輔助用藥及藥事服務費之補助。

第二節 服務人員異動核定程序

- 一、機構新增服務人員時，應檢具申請表(附錄一)及該服務人員相關證明文件以雙掛號郵件寄至第一節第二項之管理窗口；原有之服務人員離職或喪失資格，或有其他事由，不再提供服務時，應敘明理由，報送本署核定。
- 二、前項新增服務人員經本署核定同意之日起，機構始得申請補助；原有之服務人員離職或喪失資格之日起，機構不得再就該等人員申請補助。

第三節 機構代碼異動核定程序

機構於負責人變更或代碼異動，而原服務人員未異動時，得於代碼異動之日起一個月內，檢具函文(參考格式如附錄二)，以雙掛號郵件寄至「10341 臺北市大同區塔城街36號，國民健康署菸害防制組」，經本署核定同意者，得延續辦理戒菸服務。

第四節 服務人員資格效期及更新

- 一、服務人員資格證明書效期6年，應依雙方契約書第1條規定，接受繼續教育訓練，並於效期屆滿前完成換證，未如期換證者，逾資格效期後，不得申請補助；逾期者，應依新增服務人員程序，報送本署核定後，始得申請補助。
- 二、前項繼續教育訓練課程，請於本署醫事人員戒菸服務訓練系統網站查詢(<https://quitsmoking.hpa.gov.tw>)。

第二章 戒菸服務注意事項

機構提供戒菸服務應依下列規定辦理，對非適用對象提供之戒菸服務，不得申請補助。

服務別	戒菸治療	戒菸衛教
適用對象及個案評估	滿 18 歲之健保被保險人，尼古丁成癮度測試分數達 4 分（含）以上（2019 年版 Fagerström 量表），或平均 1 天吸 10 支（含）紙菸以上，且有明確戒菸意願者（延續療程不受此限，但仍應評估及記載吸菸量及成癮度）。	不限年齡之健保被保險人，有明確戒菸意願者。
收案流程	1. 應先核對個案本人之健保卡無誤，未攜帶本人健保卡者，不得收案。 2. 於「國民健康署醫事機構戒菸服務資訊系統」（以下稱戒菸 VPN 系統）查詢，確認個案無超次使用療程；已超次者，應向個案說明，須全部自付費用。	
戒菸輔助用藥(以下稱輔助用藥)及戒菸衛教有關事項	1. 得申請補助之輔助用藥(含醫師處方藥品、醫師藥師藥劑生指示藥品)如附錄三；如有更新，以本署網站資料為準。 2. 每一治療療程應填寫一張「戒菸治療療程個案紀錄表」(附錄五)，或於病歷中詳細記載尼古丁成癮度測試分數、平均每日吸菸量、明確告知服務對象之事項及相關處置。 3. 使用輔助用藥，應依醫藥專業、個案成癮度及臨床症狀，並參照藥品仿單及臨床戒菸服務指引(https://health99.hpa.gov.tw/storage/pdf/materials/21780.pdf)。 4. 連續兩次就診處方或調劑之輔助用藥，不得重疊七日(含)以上。	1. 應於執業處所，以個別面對面、一對一之方式進行，不得以團體衛教方式為之。 2. 每一衛教療程應填寫一張「戒菸衛教療程個案紀錄表」(附錄六)。
	1. 「戒菸治療療程個案紀錄表」、「戒菸衛教療程個案紀錄表」(以下合稱紀錄表)應由服務人員及個案逐次親自簽名，不得預簽、代簽或補簽。 2. 個案病歷及前項之紀錄表，得以電子方式為之，並應依醫療法規定之年限保存。	
部分負擔	(自 111 年 5 月 15 日起適用) 免部分負擔。	免部分負擔。

服務別	戒菸治療	戒菸衛教
療程及費用補助	1. 補助個案之戒菸治療與戒菸衛教，全年各以二個療程為限；且每一療程以八次戒菸治療費、八次戒菸衛教暨個案管理費及八週之用藥為限。 2. 每一療程應在九十日內，於同一機構內完成；跨年度或跨機構或戒菸治療費、戒菸衛教暨個案管理費逾八次、用藥逾八週或療程逾九十日時，均應起算為另一療程；同一療程連續兩次接受服務及兩個療程間，應間隔四日(含)以上。 3. 不得申請服務人員本人接受戒菸治療或戒菸衛教之補助。	
合理服務量(計算周期為每年1月至12月)	1. 戒菸治療及戒菸衛教分開計算，各為醫學中心 3,000 人次，區域醫院 1,500 人次，地區醫院 750 人次，基層診所 420 人次、社區藥局 420 人次。但機構特約滿一年，且前一年度四項戒菸服務品質指標，至少達成二項者，於有新增服務人員、診次數或其他特殊情事時，得檢具「戒菸服務專案申請書」(附錄七)，敘明機構之戒菸服務類別、服務人員數、每月診次數、戒菸成功率、追蹤率等資料，報送本署專案核定調增合理服務量。但精神醫療機構、矯正機關附設醫療機構，得不受品質指標之限制。戒菸服務專案申請時間為每年1月至9月，受理申請當年度額度；每年11月至12月，受理申請次年度額度。 2. 特約期間未滿一年之機構，抽比率計算其合理服務量；逾合理服務量部分，不予補助。	
個案追蹤與結果之戒菸 VPN 系統登錄及戒菸服務品質指標	1. 每一戒菸治療及戒菸衛教療程之初診日起，80 至 100 日及 170 至 190 日間，應分別擇一日以面對面或電話追蹤個案三個月及六個月之戒菸狀況，並將追蹤結果登錄於戒菸 VPN 系統，逾應追蹤期間，系統將無法登錄及更正。追蹤日前 7 日均未吸菸，或檢測呼氣一氧化碳值低於 10ppm 者，為戒菸成功。例：「請問您上一根菸是多久前吸的」，回答今天至距今天 6 日內者為戒菸失敗，回答距今天 7 日(含)以上者為戒菸成功。(無人接聽電話時，應於戒菸 VPN 系統之「訪談摘要」欄位，載明撥話時間及電話號碼) 2. 戒菸服務四項品質指標(戒菸治療與衛教分別計算)： ■ 三個月追蹤個案戒菸情形填報率 $\geq 70\%$ ，六個月追蹤個案戒菸情形填報率 $\geq 50\%$ (分母分別為當年三個月及六個月應追蹤個案總數，分子分別為三個月及六個月追蹤並完成填報之個案數)。 ■ 三個月之點戒菸成功率 $\geq 33\%$ ，六個月之點戒菸成功率 $\geq 25\%$ (分母分別為當年三個月及六個月應追蹤個案總數，分子分別為三個月及六個月之戒菸成功個案數) 3. 應追蹤日為次一年者，仍應辦理追蹤，並納入次一年之分母及分子計算。 4. 追蹤個案已死亡者，不予補助戒菸個案追蹤費。(即申報之戒菸個案追蹤費「就醫日期」晚於個案「死亡日期」時，不予補助)。	

服務別	戒菸治療	戒菸衛教
健保卡登錄及資料上傳	提供戒菸服務後，應將服務有關資料登錄於健保卡，並於 24 小時內依本署所定格式上傳至健保署，上傳欄位說明及系統畫面請參附錄八。	
戒菸 VPN 系統登錄服務資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 機構應於提供戒菸服務當日或 24 小時內(最遲須於次月 20 日前)，將服務個案之基本資料及相關服務資料，依戒菸 VPN 系統之格式，完成登錄。如未依限(戒菸服務當日或 24 小時內)完成登錄，致使其他機構未能於 VPN 系統查詢到民眾已接受的療程資料，造成民眾超次使用時，本署將核扣未依限完成登錄機構該次服務之所有服務費用。 2. 前項資料登錄後，如有更正必要，可直接於戒菸 VPN 系統更正或刪除個案療程最後一筆資料(除就診日期外其餘欄位皆可更正)，個案有跨院或逾期情形欲修改，應檢具佐證資料及申請單(附錄九)向本署提出申請。機構逾期申請更正之次數與件數列入異常監測統計。 	
支援報備	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於登記執業場所以外提供本服務者，應於事前依相關法令規定向所在地衛生局申請報准，並須提出服務計畫書，由所在地衛生局轉送本署同意後，始得執行。 2. 未依前項規定辦理者，不予補助費用。 	
其他	不得擅立名目向個案收費。	

第三章 補助基準及申報程序

第一節 補助基準

服務別	項目名稱及診療代碼	補助費用額度			備註
戒菸治療	戒菸治療服務費 (E1006C、E1007C)	自行調劑 250 元			1. 醫師及牙醫師(以下統稱醫師)於有開立輔助用藥處方時，始得適用本項補助。 2. 可併其他疾病診療辦理，惟本項補助應分開申請。 3. 申請本項補助之醫師，不得另行申請戒菸衛教暨個案管理費。
		處方箋釋出 270 元			
	輔助用藥 (代碼如附錄三)	如附錄三，若有更新，本署網站公告為準。			
	藥事服務費 (E1009D - E1020A)	用藥週數	1 週	2 週以上	處方箋釋出時，本項補助限由得調劑之藥局申報。
		診所： 醫師調劑	11 元	21 元	
診所： 自聘藥師調劑		21 元	32 元		
特約藥局/ 地區醫院		32 元	42 元		
區域醫院/ 醫學中心	42 元	53 元			
戒菸衛教	戒菸衛教暨個案管理費 (E1022C)	100 元			有衛教資格之醫師，未開立輔助用藥時，得申請本項補助。
個案追蹤	戒菸個案追蹤費 (E1023C-E1026C)	50 元			應符合第二章規定。

第二節 申報程序

- 一、機構應依戒菸服務申報作業說明(附錄十)進行資訊系統設定，設定錯誤，可能使申請之補助受核刪。
- 二、機構應以人次為單位，逐月於申報健保戒菸服務費用時，一併向健保署各區業務組申請補助，但應與健保戒菸服務費用分開申報。同一診次由醫師(牙醫師)及非醫師(非牙醫師)之服務人員分別執行戒菸治療(且有處方輔助用藥)及戒菸衛教時，可分別申請戒菸治療服務費、戒菸衛教暨個案管理費。

- 三、本補助由菸品健康福利捐支付，本署得視各年度立法院審定之相關預算經費額度，暫停或減支本補助。

第四章 申報補助審核及申復程序

- 一、行政審核：不具服務人員資格，或違反本須知相關規定而申報之費用，不予補助。
- 二、專業審核：
- (一)機構於接獲本署或本署委託單位通知後，應於接獲通知日起 7 日內（不含例假日），檢具相關病歷或紀錄表等文件之影本送審；逾期未提供者，不予補助相關申報之費用。
- (二)申報之補助有下列情形之一者，予以核刪：
1. 個案不符合收案條件。
 2. 非必要之服務。
 3. 服務內容與申報之補助項目或規定不符。
 4. 病歷或紀錄表記載不完整，未能佐證服務之內容或其必要性。
 5. 病歷或紀錄表記載之內容，經二位審查專家認定難以辨識。
 6. 輔助用藥品項或劑量不合理。
 7. 服務品質不符專業基準。
 8. 其他違反相關法令、雙方契約書、本須知或其他有關規定情事。
- 三、機構對行政審核或專業審核結果有異議時，應於雙方契約書所定期限或本署所送通知書指定期限內，檢具申復申請單(附錄十一、附錄十二)及病歷、紀錄表等相關佐證文件之影本或抄本，辦理申復，並以一次為限。
- 四、已撥付機構之補助，經審核不予補助者，其額度得於後續補助中扣除。
- 五、本署於機構有特殊異常情事時，得請中央健康保險署暫不撥付機構申報之補助。

第五章 附則

- 一、本署得另以公告及函文修正或補充本作業須知。
- 二、本須知相關表單文件如有修正，以本署網站所示格式為準，下載網址 <https://ttc.hpa.gov.tw/Web/Essentials.aspx>。

附錄一

衛生福利部國民健康署「戒菸服務特約機構」及「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」申請表

*申請日期： 年 月 日

*申請類別：1. 戒菸服務特約機構 新增醫事人員 2. 戒菸輔助用藥契約調劑藥局

醫事機構代碼		醫事機構名稱		機構負責人姓名		申請文件	<input type="checkbox"/> 醫事人員證書影本 <input type="checkbox"/> 戒菸服務資格證明書 <input type="checkbox"/> 機構已用印之契約書或約定書一式兩份 <small>(異動醫事人員免附)</small>	
通訊地址及聯絡資訊	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市	鄉鎮	村	路	電話：()		
		縣	市區	里	街	段	巷	
						弄	號	
						樓之		
聯絡人	姓名：	職稱：	電話：	Email：	(請填戒菸服務補助計畫契約書第14條或戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書第九條所定之專人聯絡資訊)			
醫事人員類別	醫事人員姓名	出生日期	身分證字號				證書類別	戒菸治療與管理窗口審核是否在效期內
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		年 月 日					<input type="checkbox"/> 醫事人員證書 <input type="checkbox"/> 專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 戒菸治療資格證明書 <input type="checkbox"/> 戒菸衛教資格證明書 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		年 月 日					<input type="checkbox"/> 醫事人員證書 <input type="checkbox"/> 專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 戒菸治療資格證明書 <input type="checkbox"/> 戒菸衛教資格證明書 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		年 月 日					<input type="checkbox"/> 醫事人員證書 <input type="checkbox"/> 專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 戒菸治療資格證明書 <input type="checkbox"/> 戒菸衛教資格證明書 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
聲明切結	本機構聲明本機構及所屬上述醫事人員 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 曾有(請說明如下，包括改善情形)違反本計畫作業須知第一章第一節第一項及第三項所定不得申請之情事。(須擇一勾選)						負責人簽章：(公立醫事機構請加蓋負責人職章)	
說明	1. 表格不敷使用時請自行影印。相關申請文件請至戒菸治療與管理官網下載 https://ttc.hpa.gov.tw/Web/Download.aspx)。 2. 申請文件請寄 103012 臺北市大同區長安西路 289 號 5 樓「衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口」收(聯絡電話(02) 2351-0120)。							
申請機構免填(戒菸治療與管理窗口填寫)								
辦理人員：	收件日期：			審核結果： <input type="checkbox"/> 通過，生效日期：_____				
				<input type="checkbox"/> 不通過				

機構代碼異動函文範本 機構名稱(全銜) _____ 函

主旨：有關本(院、診所、藥局)因變更(負責人、醫事機構名稱)致醫事機構代碼變更，申請原參加「戒菸服務補助計畫」資格延續一案，請查照。

說明：

一、依貴署旨揭計畫作業須知規定辦理。

二、本(院、診所、藥局)，由舊醫事機構代碼(機構名稱：_____，負責人：_____)，變更為新醫事機構代碼 (機構名稱：_____，負責人：_____)，因本(院、診所、藥局)地址未變更，且原戒菸服務醫事人員(醫事人員姓名及職稱)仍於本(院、診所、藥局)服務，爰申請旨揭計畫資格延續。

三、隨函檢附「辦理戒菸服務補助計畫切結書」一份(附件)。

正本：

副本：

辦理戒菸服務補助計畫 切結書

為辦理國民健康署戒菸服務補助計畫(以下簡稱本計畫)，茲聲明如下：

_____ (機構名稱) (原機構代碼：_____，負責人_____) 為戒菸服務特約醫事機構，因故歇業，無違反本計畫契約書或遭健保署停約 1 年以上等重大違規情事，由本機構承接原機構戒菸服務相關紀錄資料、執行情形並配合相關作業規定。

以上表述為本醫事機構與衛生福利部國民健康署所立之「戒菸服務補助計畫契約書」之一部份，特立此切結書，嗣後如經發現有不實情事，願負一切法律責任。

立書人

(機關印章)

醫事機構名稱：

醫事機構代碼：

醫事機構地址：

負責人：

簽章(私章)：

地址：

身分證字號：

電話：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

戒菸輔助用藥品項與補助基準

111.01.01 生效

指示用藥 /處方藥	健保署編碼	品名	成分含量 (每片,顆,瓶)	補助額度 (單價:元) (每片,顆,瓶)	廠名
醫師藥劑生指示藥品	B0220903EF	Nicotinell TTS 30 克菸貼片 30	Nicotine 52.5mg	78	英商葛蘭素 史克消費保 健用品股份 有限公司台 灣分公司 Glaxo SmithKline
	B022089396	Nicotinell TTS 20 克菸貼片 20	Nicotine 35mg	78	
	B024457100	Nicotinell Cool Mint 2mg Chewing Gum 克菸咀嚼錠(清涼薄荷) 2毫克	Nicotine 2mg	6	
	B024499100	Nicotinell Cool Mint 4mg Chewing Gum 克菸咀嚼錠(清涼薄荷) 4毫克	Nicotine 4mg	8	
	B022538129	Nicorette Inhaler 10mg 尼古清 口腔吸入劑	Nicotine 10mg	15	嬌生股份 有限公司 J & J
	B024740100	Nicorette Freshmint medicated chewing-gum 2mg 尼古清 薄荷咀嚼錠 2毫克	Nicotine 2mg	6	
	B024741100	Nicorette Freshmint medicated chewing-gum 4mg 尼古清 薄荷咀嚼錠 4毫克	Nicotine 4mg	8	
	B027835161	Nicorette QuickMist Spray 13.2ml 尼古清 戒菸噴霧 13.2毫升	Nicotine 150mg	225	
醫師處方藥品	B024649100	Champix film coated tablet 0.5mg 戒必適 0.5毫克	varenicline tartrate 0.5mg	60	輝瑞大藥廠 股份有限 公司 Pfizer
	B024648100	Champix film coated tablet 1mg 戒必適 1毫克	varenicline tartrate 1mg	60	
醫師藥劑生指示藥品	A057335100	Nicodin Lozenges 2mg "H.S." "黃氏"戒菸樂口含錠 2毫克	Nicotine Polacrilex 11.111 mg	6	黃氏製藥股 份有限公司
	A057338100	Nicodin Lozenges 4mg "H.S." "黃氏"戒菸樂口含錠 4毫克	Nicotine Polacrilex 22.222mg	8	
	A0609233EF	Smokquit TDDS 30 停菸貼片 30	Nicotine 52.5mg	78	信東生技股 份有限公司 SINTONG
	A058301396	Smokquit TDDS 20 停菸貼片 20	Nicotine 35mg	78	
	A0583863EG	Smokquit TDDS 10 停菸貼片 10	Nicotine 17.5mg	54	
	A0386463EH	Smokfree Nicotine TDDS 15 "信東"淨菸經皮戒菸貼片15號	Nicotine 31.2mg	56	
	A0386463EJ	Smokfree Nicotine TDDS 10 "信東"淨菸經皮戒菸貼片10號	Nicotine 20.8mg	54	
	A0386463EK	Smokfree Nicotine TDDS 5 "信東"淨菸經皮戒菸貼片5號	Nicotine 10.4mg	53	
	A058046100	Smokquit Mint Lozenges 2mg "信東"停菸戒菸薄荷片口含錠2毫克	Nicotine 2mg	6	
A058047100	Smokquit Mint Lozenges 4mg "信東"停菸戒菸薄荷片口含錠4毫克	Nicotine 4mg	8		
醫師處方藥品	A0567821T0	Bupion SR Tablets 150mg "信東"布憂平持續藥效錠150毫克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	皇佳化學製 藥股份有限 公司
	A0493221T0	Buprotin sustained release F.C. Tablets 150mg "Royal" "皇佳"慮舒妥持續性藥效膜衣錠150毫 克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	
方處師醫	A0490111T0	Funnix SR Tablets 150mg 輔寧持續性藥效錠150毫克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	元豐泰生技

指示用藥 /處方藥	健保署編碼	品名	成分含量 (每片,顆,瓶)	補助額度 (單價:元) (每片,顆,瓶)	廠名
					醫藥有限公司
	A0550051T0	Prewell SR Tablets 150mg "Macro" "瑪科隆"復維樂持續性藥效錠150毫克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	瑪科隆股份有限公司
	A0552841T0	Bupopin SR Tablets 150mg 必替憂持續性藥效錠150毫克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	五洲製藥股份有限公司
	A0549771T0	Buporin Sustained-Release Tablets 150mg 必博寧持續性藥效錠150毫克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	瑞安大藥廠股份有限公司
	A0555341T0	Betetrim S.R. film-coated tablets 150mg 倍得舒持續性藥效膜衣錠150毫克	Bupropion HCl 150mg	依健保價 (11.7)	瑞士藥廠股份有限公司

備註：

1. 有關「依健保價」之品項，依中央健康保險署網站 (<https://www.nhi.gov.tw/QueryN/Query1.aspx>) 以藥品名稱查詢之價格為準。
2. 本「戒菸輔助用藥品項與補助基準」內之品項配合業者申請而有異動情形，故以國民健康署公告於網站 (<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=3798>)最新資料為準。

戒菸治療療程個案紀錄表

機構名稱		機構代號		初診日期(就診序次 1): 年 月 日						
戒菸者基本資料	姓名	身分證字號					手機：請以手機為主 電話：請填個人電話 ()			
	出生日期	民國	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	居住或戶籍地址	市	鄉鎮	村	路	段		巷	弄	號
		縣	市區	里	街					
個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區 *請勾選或簡述(職場、校園、_____)					特殊身分 <input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 週) <input type="checkbox"/> 原住民				
吸菸狀況	已經吸__年__月，最近每天 支(尼古丁*非必填 mg/支) 是否使用電子煙? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是									
尼古丁成癮度 ____分 (總計)	尼古丁成癮度分析項目									
	1. 起床後多久吸第一支菸? <input type="checkbox"/> 5分鐘以內(3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘(2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內(1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上(0分)									
	2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎? <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)									
	3. 那根菸是你最難放棄的? <input type="checkbox"/> 早上第一支菸(1分) <input type="checkbox"/> 其他(0分)									
	4. 您一天最多吸幾支菸? <input type="checkbox"/> 31支以上(3分) <input type="checkbox"/> 21-30支(2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上(1分) <input type="checkbox"/> 10支或更少(0分)									
	5. 起床後幾小時內是你一天中吸最多支菸的時候嗎? <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)									
初診資料	設定戒菸日期	<input type="checkbox"/> 已於__年__月__日開始減少菸量，但仍無法完全不吸菸。 <input type="checkbox"/> 已於__年__月__日開始完全不吸菸，但有不舒服的尼古丁戒斷症狀。 <input type="checkbox"/> 預定於__年__月__日開始完全不吸菸。			處方品名、總量、週數及相關說明	<input type="checkbox"/> 1週 <input type="checkbox"/> 2週 <input type="checkbox"/> 3週 <input type="checkbox"/> 4週				
		*初診第1次用藥以2週為原則。								
	確實告知接受戒菸治療之應注意事項	<p>1. 本人有明確戒菸意願，接受機構提供之戒菸治療，並提供健保卡予機構確認身分。每年最多接受2次療程，每次療程限8週次、限於同一機構90天內完成；若於機構戒菸治療期間，又另赴其他機構進行戒菸治療，則視同放棄本次未完成之第1療程，進入第2療程。如有不符，本人將依機構、國民健康署或其指定機構通知，繳回溢領之補助藥品費。</p> <p>2. 另，本人同意機構將本人戒菸服務相關病歷資訊提供國民健康署，由該署或其委託機構、團體進行戒菸相關訪查、電話調查及進行個案資料蒐集。</p> <p>本人同意以上聲明，自願接受戒菸治療，並同意個資蒐集利用 個案簽名_____</p> <p>醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章_____</p>								
機構不得擅立名目向個案收費。										
後續就診治療狀況 不得請個案一次簽多次名										
就診序次 2	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1			處方品名、總量	週數				
	目前吸菸狀況(支/天)	治療說明*2				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
						醫事人員 個案簽名 月 日				

1. 本表為衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專用
2. 本計畫經費來自菸品健康福利捐

後續就診治療狀況(續)

不得請個案一次簽多次名

就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1	個案 簽名	月 日
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1	個案 簽名	月 日
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1	個案 簽名	月 日
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1	個案 簽名	月 日
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1	個案 簽名	月 日
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	處方品名、總量	週數	醫事人員	
				<input type="checkbox"/> 1	個案 簽名	月 日
	目前吸菸狀況 (支/天)	治療說明*2		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		

備註*：

- 副作用或戒斷症狀代號 A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛 H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無。
- 如有任何其他資訊，例如 CO 檢測值、體重、個案狀況等，可填入「治療說明」。

戒菸衛教療程個案紀錄表

機構名稱：		機構代號：				初診日期(就診序次1)：				年	月	日
戒菸者基本資料	姓名	身分證字號										手機：請以手機為主
	出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	電話：請填個人電話 ()			
	居住或戶籍地址	市	鄉鎮	村	路	段	巷	弄				號
	個案來源	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 藥局 <input type="checkbox"/> 社區 *請勾選或簡述(職場、校園、)				特殊身分			<input type="checkbox"/> 孕婦(懷孕 週) <input type="checkbox"/> 原住民			
目前合併疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 其他											
初診資料	吸菸狀況	已經吸___年___月，最近每天 支(尼古丁*非必填 mg/支) 是否使用電子煙？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是										
	尼古丁成癮度 分 (總計)	尼古丁成癮度分析項目										
		1. 起床後多久吸第一支菸？ <input type="checkbox"/> 5分鐘以內(3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘(2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內(1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上(0分)										
		2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？ <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)										
		3. 那根菸是你最難放棄的？ <input type="checkbox"/> 早上第一支菸(1分) <input type="checkbox"/> 其他(0分)										
		4. 您一天最多吸幾支菸？ <input type="checkbox"/> 31支以上(3分) <input type="checkbox"/> 21-30支(2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上(1分) <input type="checkbox"/> 10支或更少(0分)										
		5. 起床後幾小時內是你一天中吸最多支菸的時候嗎？ <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)										
6. 當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還吸菸嗎？ <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分)												
設定戒菸日期	<input type="checkbox"/> 已於___年___月___日開始減少菸量，但仍無法完全不吸菸。 <input type="checkbox"/> 已於___年___月___日開始完全不吸菸，但有不舒服的尼古丁戒斷症狀。 <input type="checkbox"/> 預定於___年___月___日開始完全不吸菸。				目前使用戒菸藥物		<input type="checkbox"/> 無 尼古丁替代療法： <input type="checkbox"/> 咀嚼錠 <input type="checkbox"/> 口含錠 <input type="checkbox"/> 貼片 <input type="checkbox"/> 吸入劑 <input type="checkbox"/> 其他 非尼古丁藥物： <input type="checkbox"/> Varenicline <input type="checkbox"/> Bupropion					
初診戒菸衛教內容摘要	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)											
確實告知接受戒菸衛教之應注意事項	1. 本人有明確戒菸意願，同意接受服務人員一對一，面對面之戒菸衛教服務，並為我設立戒菸簡歷，幫助我確立戒菸的理由以及其他相關評估。 2. 每年最多接受2次衛教療程的補助，每次療程限8次衛教、限於同一機構90日內完成；若於機構戒菸衛教期間，又另赴其他機構進行衛教服務，則視同放棄本次未完成之第1療程，進入第2療程。 3. 本人同意機構將本人戒菸服務相關病歷資訊提供國民健康署，由該署或其委託專業機構、團體進行戒菸相關訪查、電話調查及進行個案資料蒐集。 本人同意以上聲明，自願接受戒菸衛教，並同意個資蒐集利用 簽署_____。 醫事人員已告知前開說明 醫事人員簽名或核章_____。											

1. 本表為衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專用
 2. 本計畫經費來自菸品健康福利捐

後續衛教狀況			不得請個案一次簽多次名	
就診 序次 2	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		
就診 序次 3	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		
就診 序次 4	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		
就診 序次 5	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		
就診 序次 6	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		
就診 序次 7	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		
就診 序次 8	日期(年月日)	副作用或戒斷症狀(請填寫代號)*1	衛教 人員	
	目前吸菸狀況 (支/天)	請說明本次戒菸衛教內容(可輔以代號*2)		

備註*：

- 副作用或戒斷症狀代號：A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛 H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無
- 衛教內容代號：
 - 提供戒菸協助：01 強化戒菸意願 02 了解戒菸困難 03 傾聽戒菸歷程；
 - 增強動機：11 表達同理心 12 強化自信 13 關聯性 14 危險性 15 戒菸好處 16 戒菸障礙
 - 剛戒菸者：21 給予肯定 22 了解個案是否感覺到戒菸的好處
 - 處理戒菸遇到的困難：31 戒斷症狀 32 負面情緒 33 體重增加 34 缺乏支持 35 有時又吸

戒菸服務專案申請書

本醫事機構專案申請增加戒菸服務量，同意依「臨床戒菸服務指引」辦理戒菸服務，落實戒菸個案追蹤管理，提高戒菸服務品質。

此致

衛生福利部國民健康署

※申請類別：戒菸治療 戒菸衛教

醫事機構名稱：

醫事機構層級：

醫事機構代碼：

負責人：

聯絡人：_____（聯絡電話：（_____）_____）

聯絡人電子信箱：

醫事機構章戳

(代表人印章)

中華民國 年 月 日

一、申請戒菸服務類別

- 戒菸治療服務：前一年服務量為_____ (人次)，申請調增為一年_____ (人次)
戒菸衛教服務：前一年服務量為_____ (人次)，申請調增為一年_____ (人次)

二、具效期內之戒菸服務人員數

人員類別	前一年 12 月人數	現有人數	備註或說明
醫師			
牙醫師			
藥事人員			
護理師			
其他：			

三、具效期內之戒菸服務人員每月服務診次數(醫療機構)或服務時數(藥局)

醫療機構	前一年 12 月診次數	申請日前一個月診次數	備註或說明
醫師			
牙醫師			
護理師			
其他：			

*半日為 1 診次

藥局	前一年 12 月服務時數	申請日前一個月服務時數	備註或說明
藥事人員			

四、往年執行情形：

本機構執行戒菸服務_____年_____月(請以與國民健康署簽訂契約書生效日起算)

前一年戒菸治療個案的 3 個月點戒菸成功率_____ %

前一年戒菸治療個案的 3 個月戒菸填報率_____ %

前一年戒菸治療個案的 6 個月點戒菸成功率_____ %

前一年戒菸治療個案的 6 個月戒菸填報率_____ %

前一年戒菸衛教個案的 3 個月點戒菸成功率_____ %

前一年戒菸衛教個案的 3 個月戒菸填報率_____ %

前一年戒菸衛教個案的 6 個月點戒菸成功率_____ %

前一年戒菸衛教個案的 6 個月戒菸填報率_____ %

五、其他：(如不敷書寫，可自行增加頁數)

健保卡登錄及資料上傳欄位說明

一、健保卡資料登錄：

(一) 就醫類別：請填「AC：預防保健」。

(二) 就診日期時間：由讀卡機提供。

(三) 保健服務項目註記：請填「11 戒菸服務」

(四) 檢查項目代碼：無須填寫。

(五) 醫令類別：

1. 對應戒菸治療服務費、藥事服務費、戒菸衛教暨個案管理等醫令，請填「3：診療」。

2. 對應戒菸藥品代碼，請填「1：非長期藥品處方箋」。

(六) 診療項目名稱及代碼：詳如第三章補助基準及申報程序-第一節補助基準。

二、健保卡資料上傳：

(一) 資料型態：請填「1：健保就醫資料」。

(二) 就醫類別：請填「AC：預防保健」。

(三) 就診日期時間：由讀卡機提供。

(四) 就醫序號：請填「IC07」。

(五) 保健服務項目註記、醫令類別、診療項目代號等欄位比照健保卡資料登錄方式上傳。

三、取消戒菸服務之就醫類別(即退掛)，務必於掛號當日完成取消，健保卡資料登錄及上傳作業請依下列辦理：

(一) 取消戒菸服務之就醫類別，就醫類別請填「ZB：取消 24 小時內之就醫類別」。

(二) 保健服務項目註記「11 戒菸服務」、檢查項目代碼「YK 取消戒菸服務」。

(三) 詳細退掛說明可至健保署全球資訊網，下載「健保卡存放內容」。

四、沖銷戒菸服務之診療項目代號

(一) 資料格式：3 補正上傳(正常資料)

(二) 就醫類別：請填「AC：預防保健」。

(三) 沖銷戒菸治療服務費、藥事服務費及戒菸衛教暨個案管理之醫令代碼，醫令類別請填「C：刪除診療」，診療項目代號請填報之原填前開項目之醫令代碼。

(四) 沖銷戒菸服務之藥品代碼，醫令類別請填「A：刪除非長期藥品處方箋」，診療項目代號請填欲沖銷之原填報戒菸服務之藥品代碼。

(五) 總量：請填原填報數量之負數數量。

(六) 保健服務項目註記「11 戒菸服務」。

五、醫事機構於每次提供戒菸服務時，應查核服務對象之健保卡是否與本人相符，並於提供戒菸服務後(包括戒菸治療、戒菸衛教)，依「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」上傳予衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)備查(不准許異常掛號)。醫院層級若於提供住院戒菸衛教服務時，因個案未帶健保卡無法即時登錄健保卡及上傳，得免登錄上傳。另執行戒菸個案追蹤時，無需登錄健保卡及上傳。

六、如有相關問題，請洽「戒菸治療與管理窗口」(02)2351-0120，或至本署署網(<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=3795>)、戒菸治療服務與管理網站(<https://ttc.hpa.gov.tw/Web/Essentials.aspx>)等查詢資訊。

附錄九

戒菸服務資訊系統(VPN)資料更正申請單

醫事機構名稱		醫事機構代號	
申請人		申請日期	年 月 日
聯絡電話	()	傳真號碼	()
戒菸個案資料	姓名		身分證字號
	出生日期 年 月 日		
VPN 更正項目	類別	內容	申請更正原因
	<input type="checkbox"/> 戒菸者基本資料	<input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料	<input type="checkbox"/> 人員疏失鍵入錯誤或未填，未來如何避免之規劃：需敘明 _____ _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> 戒菸者就醫資料	<input type="checkbox"/> 就診日期 <input type="checkbox"/> 用藥週數 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料 <input type="checkbox"/> 補登整筆資料	
	<input type="checkbox"/> 戒菸者衛教資料	<input type="checkbox"/> 衛教日期 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料 <input type="checkbox"/> 補登整筆資料	
原 VPN 登錄錯誤內容	VPN 應更正或應補登內容		
(申請刪除整筆資料不用填)			<input type="checkbox"/> 資料轉檔有誤 <input type="checkbox"/> 其他:需敘明 _____ _____ _____
戒菸治療服務與管理窗口審核	<input type="checkbox"/> 已完成更正 <input type="checkbox"/> 已完成補登 <input type="checkbox"/> 其他，補充說明_____		醫事機構-簽章 業務主管簽章： 機關章：

備註：

- 1、請檢附戒菸治療或衛教療程個案紀錄表，及正確填寫「VPN 更正內容」，俾利核對與修改；並請將本表傳真至：(02) 2351-0081 或 E-mail 至 quitsmoking@hpa.gov.tw「衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口」收。傳真或 E-mail 後 5 日內請至 VPN 系統校對國民健康署所修改內容。
- 2、若有相關問題，請電詢(02)2351-0120。本表僅做為資料更正用，不得挪做他用。
- 3、VPN 登錄資料應與申報資料相同。

案件編號
 (戒菸治療與管理窗口填寫)

戒菸服務申報作業說明

一、當次就診為單純接受戒菸服務或同時接受其他醫療服務之申報方式如下：

- (一) 單純戒菸，按以下「二、申報相關項目或欄位代號說明」辦理。
- (二) 同時接受其他項目之醫療服務（如高血壓治療等）：分開二筆申報(戒菸服務要單獨申報，勿與其他醫療服務合併申報)。
- (三) 以人次為單位申報，即使同一人同一月份多次就診，不需將費用合併申報。
- (四) 住院及急診期間均有接受戒菸治療服務者：分開二筆申報(即住院一筆、急診一筆)。
- (五) 戒菸藥物治療、戒菸衛教暨個案管理、戒菸個案追蹤，請與其他健保就診分開申報；同一診次進行治療與衛教時亦應依執行之醫事人員不同而分開申報

二、申報相關項目或欄位代號說明

- (一) 戒菸治療（含戒菸治療服務費、輔助用藥費、藥事服務費）

醫事機構	醫院、診所、衛生所	藥局 (直接交付指示用藥)	藥局 (交付調劑)
醫療服務金額（點數）申報總表			
	併入「西醫專案案件」件數及申請金額申報	併入「一般處方調劑」件數及申請金額申報	
醫療服務金額（點數）清單-基本資料			
案件分類	「B7」 (代辦戒菸服務補助計畫)	請填「5」 (代辦戒菸服務補助計畫-藥局適用)	
原處方服務機構代號	無此欄位	請填「N」	請填原處方之醫事機構代碼
就醫(處方)日期	請填就醫日期	請填藥局直接交付指示用藥日期	請填原處方日期
就醫序號	請填「IC07」		
部分負擔代號 (申報欄位 d15)	003：合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象（第五類之保險對象），部分負擔金額請填 0。 007：於山地原住民暨離島地區接受戒菸治療服務，部分負擔金額請填 0。 907：原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務，部分負擔金額請填 0。 Z00：部分負擔金額請填 0。		
主診斷代號 (國際疾病分類碼)	請填「F17.200」 (Nicotine dependence, unspecified, uncomplicated)	不適用	不適用
給藥日份	每次開藥量以週（7 日、14 日、21 日或 28 日）為單位，初診個案處方以 1~2 週為原則，並依專業判斷並參考臨床戒菸服務指引，最多開 4 週（28 日）。		
案件來源	不適用	藥局直接交付指示	藥局交付調劑，請

醫事機構	醫院、診所、衛生所	藥局 (直接交付指示用藥)	藥局 (交付調劑)
註記		用藥，請填註記代碼「1」(必填)	填「2」
醫療服務醫令清單			
醫令類別- 戒菸治療服務費	醫令類別請填「2」，再依本附錄／三，填寫項目代號及金額。	不適用	不適用
醫令類別- 輔助用藥費	自行調劑：醫令類別請填「1」，再依附錄四，填各藥品項目代號、數量及加總後金額(點數)。 交付調劑：醫令類別請填「4」，再依附錄五，填各藥品項目代號、數量， <u>金額(點數)請填0</u> 。	醫令類別請填「1」，再依附錄五，填各尼古丁替代藥物(NRT)藥品項目代號、數量及加總後金額(點數)。	醫令類別請填「1」，再依附錄五，填各藥品項目代號、數量及加總後金額(點數)。
醫令類別- 藥事服務費	醫令類別請填「9」，再依本附錄／三，填寫填寫「藥事服務費」之項目代號及金額。		
	若處方「交付調劑」，則開立處方之醫療院所免填項目代號，金額填「0」，不得申報此費用。		
醫療服務金額(點數)清單-金額計算			
行政協助項目部分負擔 (申報欄位 d43)	<u>刪除</u>		
合計金額	醫令清單之醫令類別為「1」、「2」及藥事服務費之加總	醫令清單之醫令類別為「1」及藥事服務費之加總	
部分負擔金額 (申報欄位 d40)	<u>Z00</u> 、003、007、907 免部分負擔，請填「0」。		
申請金額	扣除部分負擔淨額。		
其他項目	按現行申報作業規定辦理。		

(二)戒菸衛教暨個案管理費、戒菸個案追蹤費

醫事機構	醫院、診所、衛生所	藥局
醫療服務金額(點數)申報總表		
	併入「西醫專案案件」件數及申請金額申報。	併入「一般處方調劑」件數及申請金額申報。
醫療服務金額(點數)清單-基本資料		
案件分類	「B7」(代辦戒菸服務補助計畫)	請填「5」(代辦戒菸服務補助計畫-藥局適用)
就醫日期	為戒菸資訊系統(VPN)上提供「戒菸衛教暨個案管理」或「戒菸個案追蹤」之日期	
就醫序號	請填「IC07」	
部分負擔代號	003：合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類之保險對象)。 007：於山地原住民暨離島地區接受戒菸服務。 907：原住民於非山地暨離島地區接受戒菸服務。 Z00：其他。	
主診斷代號 (國際疾病分類碼)	請填「F17.200」(Nicotine dependence, unspecified, uncomplicated)	不適用
給藥日份	請填「0」	
案件來源註記	不適用	請填「1」
醫療服務醫令清單		
醫令類別	「戒菸個案追蹤費」、「戒菸衛教暨個案管理費」：醫令類別請填「2」，再依本附錄／三，填寫項目代號及金額。	
醫療服務金額(點數)清單-金額計算		
藥事服務費	請填「0」	
行政協助項目 部分負擔	免部份負擔代碼 003、007、907 者，填寫「0」；Z00 者「免填」。	
合計金額	醫令清單之醫令類別為「2」加總	
部分負擔金額	請填「0」。	
申請金額	因皆不須繳交部分負擔，等於合計金額。	
其他項目	按現行申報作業規定辦理。	

衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」行政審核申復申請單

醫事機構代號									醫事機構名稱	申請人	聯絡電話	年度	月份	頁數
											傳真號碼			

序號	服務個案			申 復			戒菸治療與管理窗口 填列	
	流水號	身分證字號	就醫日期	審查核扣項目	核扣金額	理 由	審核意見	補付金額

合計申復：_____件、金額：_____元(本表不敷使用時請自行增列)

合計補付：_____件_____元

(1)請將用印後之申復申請單、戒菸治療或戒菸衛教個案紀錄表、醫令清單，寄送衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口(103205 臺北市大同區塔城街36號)。

(2)年度及月份請按服務個案年度及月份填列。

(3)原審查結果係於_____年_____月_____寄達醫事機構。

上表所列服務個案戒菸服務費用，前經貴署核減在案，檢附申復申請單一份。

此 致
衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口

機構簽章：

申請日期_____年_____月_____日 (請蓋機構大章及負責人私章)

衛生福利部國民健康署「戒菸服務補助計畫」專業審核申復申請單

醫事機構代號	醫事機構名稱	申請人	聯絡電話	年度	月份	頁數
			傳真號碼			

原申請 流水號	服務個案		申				復				戒菸治療與管理窗口 填列			
	身份證字號	姓名	醫令序	內 容	數量	金額	理 由	審 核 意 見	補 付 數 量	單 價	補 付 金 額	補 付 金 額		
合計申復：_____件、金額：_____元(本表不敷使用時請自行增列)								合計補付：_____件_____元						

(1) 請醫事機構詳填，自行複印留存，正本寄送衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口（103205 臺北市大同區塔城街36號）

(2) 年度及月份請按服務個案年度及月份填列。

(3) 原審查結果係於 年 月 寄達醫事機構。

上表所列服務個案戒菸服務費用，前經貴署核減在案，檢附申復申請單一份。

此 致
衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口

機構簽章：

申請日期 年 月 日 (請蓋機構大章及負責人私章)



衛生福利部

國民健康署

中華民國 94 年 1 月 1 日 編印

中華民國 111 年 5 月 15 日 第 11 次修訂