

_____縣市_____年_____月因病人遺失藥品申請重複開立 COVID-19 口服抗病毒藥物之匯款清冊

申請重複 開立日期	開立處方之 醫療機構名稱	病人姓名	身份證/護照/居留證號	重複開立劑量	匯款金額	匯款日期	匯款金額審核	檢附資料	備註說明
				<input type="checkbox"/> Paxlovid_____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir_____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid_____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir_____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid_____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir_____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid_____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir_____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid_____劑次 <input type="checkbox"/> Molnupiravir_____劑次			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明	