



豁免分段取藥申請書

就診者姓名 _____，醫療卡號碼 _____，
身份證號碼 _____。現因以下原因，向 貴部門申請豁免分段取藥。

- 長期於澳門以外地區居住：需附上外地居住證明或由治安警察局發出的《個人出入境紀錄證明》副本
- 長期於澳門以外地區工作，漁民和航海員：需附上工作證明或其他相關證明副本
- 長期於澳門以外地區留學：需附上入學或在學證明副本
- 外遊 (____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____)：需附上機票、車票、船票或其他相關證明副本或個人聲明書
- 特殊原因：需另頁附上信函 / 證明副本

僅適用於仁伯爵綜合醫院專科門診藥房領藥者

- 行動不便或傷殘

注意：

1. 豁免期限由批准日起計最多為期一年。就診者可按需要提出續期申請。如為外遊，則只豁免外遊期間的處方。
2. 同一申請書只可勾選一項原因，若不符合上述條件或無清楚註明合理原因者，不予受理。
3. 申請書填寫後，一般為收件日期翌日計起五個工作天才完成申請審批程序，特殊情況者除外。其他特殊原因：需另提交信函或相關證明作出申請，由收件日期翌日計起需十個工作天。
4. 特殊藥物如受管制麻醉藥品、受管制精神藥物、非處方集內藥物、價格昂貴的藥物、需特別條件保存的藥物以及出現供應短缺的藥物，衛生局有權不批准豁免申請或取消已批准的豁免。
5. 根據第 34/99/M 號法令第 9 條進入或離開澳門地區的人，得為自用而攜帶列入表一 A、表二 B、表二 C、表三及表四的物質及製劑，但數量以不超出三十日的治療所需者為限，且須出示由醫生解釋其用途的文件。
6. 申請獲批准與否均會透過短訊通知申請者。
7. 申請未完成審批前，不能提交新的申請。

就診者（或代辦人）若了解及同意上述注意條款的規定，請於下面簽署。

就診者（或代辦人）簽名： _____ 代辦人身份證編號： _____

收短訊人的聯絡電話： _____ 日期： ____ / ____ / ____

請填妥申請書並聯同證明文件副本（必須出示正本以供核對）交往仁伯爵綜合醫院大堂掛號處 或 衛生中心掛號處。

衛生局內部專用

已收取證明文件 收件日期： ____ / ____ / ____

批准，豁免期限由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____

不批准，原因： _____

簽名和蓋章： _____ 日期： ____ / ____ / ____

已發送短訊通知申請者審批結果，發送日期： ____ / ____ / ____

發送者簽名和員工編號： _____



豁免分段取藥申請 - 個人聲明書

就診者姓名 _____，醫療卡號碼 _____，

身份證編號 _____。

現外遊原因，向 貴部門申請豁免分段取藥。

本人聲明，因 _____

原因，未能出示(□去程、□回程)機票/車票/船票，並聲明是次外遊的目的地為 _____，

離澳日期為 ____/____/____

抵澳日期為 ____/____/____

聲明人簽署 _____

日期 ____/____/____