

姓名：  
 病歷號碼  —  年齡：  
 床號： 保險身份：一般 健保

# 民眾自費檢驗COVID-19申請表

申請日期： 年 月 日

申請人	(簽章)	身分證明文件號碼	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
出生日期	___年___月___日		
法定代理人	(簽章)	身分證明文件號碼	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
與申請人關係			
申請原因	<input type="checkbox"/> 居家隔離/檢疫者，因( <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 國外親屬)身故或重病等社會緊急需求，需外出奔喪或探視 <input type="checkbox"/> 自主管理者，因( <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 國外親屬)身故或重病等社會緊急需求，需至醫院探病 <input type="checkbox"/> 旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 短期商務人士 <input type="checkbox"/> 出國求學 <input type="checkbox"/> 外國或中國大陸、香港、澳門人士出境 <input type="checkbox"/> 相關出境適用對象之眷屬 <input type="checkbox"/> 經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意 <input type="checkbox"/> 其他因素：		
出境資料 【非出境免填】	出境日期	_____年_____月_____日	
	搭乘航空班機編號		
取得檢驗結果時間等需求			
個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書	就申請人於民國_____年_____月_____日於台南新樓醫院接受自費檢查(含COVID-19自費檢驗)資料之個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、檢驗結果等資料)： 1. <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意於簽署本申請表之日期起算 <input type="checkbox"/> 永久或_____年內(未勾選或填視為永久)，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入申請人之 <b>健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統</b> ，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。 2. <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意於簽署本申請表之日期起算 <input type="checkbox"/> 永久或_____年內(未勾選或填視為永久)，將COVID-19自費檢驗資料提供衛生福利部疾病管制署作為相關疫情監測。 <input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 _____(簽章) 申請人已瞭解：不同意提供個人自費檢驗資料對申請自費檢驗並無影響。如同意提供，就提供之個人資料得依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利，並得行使：申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。		
中華民國 年 月 日			