

大東醫院 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	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
出生日期	____年____月____日	文件號碼	
法定代理人	(簽章)	身分證明	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
與申請人關係		文件號碼	
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"/> 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	出境日期	____年____月____日	
【非出境免填】	搭乘航空班機編號		
取得檢驗結果時間等需求	<input type="checkbox"/> 一般件(採檢隔日14:00後領取報告)，收費3200元 <input type="checkbox"/> 特急件(採檢5小時後領取報告)，收費4500元		
個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書	<p>就申請人於民國____年____月____日於_____醫院接受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)：</p> <p>1. 同意於簽署本申請表之日期起算<input type="checkbox"/>永久或____年內，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入申請人之健康存摺及<input type="checkbox"/>健保醫療資訊雲端查詢系統，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。</p> <p style="text-align: center;">_____(簽章) _____(法定代理人簽章)</p> <p>2. 同意於簽署本申請表之日期起算<input type="checkbox"/>永久或____年內，提供衛生福利部疾病管制署作為相關疫情監測。</p> <p style="text-align: center;">_____(簽章) _____(法定代理人簽章)</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>		