

# 民眾自費COVID-19核酸檢驗申請表

檢測種類:  急件(3000元)       常規件(2500元, 隔日取件)

申請人姓名		證件類型	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
		證件號碼	
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: _____		
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__日於高雄市立聯合醫院接受 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<input type="checkbox"/> 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>		
出境資料	出境日期	年    月    日	
【非出境免填】	搭乘航空班機編號		
台胞證號碼 (前往中國須填寫)			
報告完成聯絡資訊(行動電話)			
備註說明(特殊需求)			

申請人簽章: \_\_\_\_\_