



表一、民眾自費檢驗COVID-19申請表

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

採檢項目	<input type="checkbox"/> 核酸檢測(PCR)   【 <input type="checkbox"/> 急件 <input type="checkbox"/> 一般件 】 <input type="checkbox"/> Ag抗原快篩		
申請人	(簽章)	身分證 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 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"/> 國內工作需求(移工轉換雇主) <input type="checkbox"/> 外國或中國大陸、香港、澳門人士出境(含出國求學、移工出境) 出境日期：_____年_____月_____日入境國家：_____ <input type="checkbox"/> 就學(含實習) <input type="checkbox"/> 入住長照機構 <input type="checkbox"/> 其他因素：_____ <b>以下須經衛生主管機關同意</b> <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"/> 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		
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_____日於衛生福利部胸腔病院接受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)： 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。 _____(簽章)_____ (法定代理人簽章) 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。 _____(簽章)_____ (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		