

高雄市立民生醫院新冠肺炎病毒抗原(快篩)民眾自費檢驗申請表

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			
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<u>高雄市立民生醫院</u>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、聯絡電話、檢驗結果等資料)：</p> <p>1. 快篩同意於簽署本申請表之日期起，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及，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。</p> <p>_____(簽章)_____ (法定代理人簽章)</p> <p>申請人已瞭解：<u>不同意提供個人自費檢驗資料對申請自費檢驗並無影響</u>。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>		
備註說明	請攜帶以下文件 身份證正本及影本、外籍人士護照正本及影本		

申請人簽章：

申請人連絡電話：