

## 民眾自費檢驗 COVID-19(核酸檢測)申請同意書

申請人姓名	(中文)	證件類型	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照	
	(英文)	證件號碼		
國籍別	(中文)	出生年月日	____年 ____月 ____日	
	(英文)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
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"/> 自主健康管理者，於管裡期間，因親屬身故或重病等社會緊急需求，須至醫院探病 <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"/> 第二位陪病人員 <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	
自費費用	<input type="checkbox"/> 一般件-2000 元/次 <input type="checkbox"/> 急件-3000 元/次			
檢體類別	<input type="checkbox"/> throat swab <input type="checkbox"/> nasopharyngeal swab			
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____日於大甲李綜合醫院接受 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)： 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。 _____(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。			

申請人簽章：\_\_\_\_\_ 申請日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

完成採檢日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時

## 檢驗報告領取委託書

本人(姓名)\_\_\_\_\_因有事無法親自前來領取檢驗報告，茲委託\_\_\_\_\_君持本委託書及本案所需之相關證明文件代為領取，如有虛偽不實及任何紛爭，本人願負相關法律責任。

此致 李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院

委託人

姓名: (簽名或蓋章)

身分證字號:

戶籍(通訊)地址:

電話:

受委託人 (受委託人請攜帶身分證)

姓名: (簽名或蓋章)

身分證字號:

戶籍(通訊)地址:

電話:

與委託人關係:

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日