

台東馬偕紀念醫院

民眾自費檢驗 COVID-19(新冠肺炎核酸檢測)申請表

申請人		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		文件號碼	NO :		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡電話			
法定代理人		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	NO :		
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 【非出境免填】	出境日期	_____年_____月_____日			
	搭乘航空班機編號				
取得檢驗結果時間等需求					
檢驗報告版本	<input type="checkbox"/> 中文_____份		<input type="checkbox"/> 英文_____份		
	<input type="checkbox"/> 日文_____份		<input type="checkbox"/> 夏威夷(關島)專用_____份		
<p>申請人因上述原因申請自費檢驗 COVID-19(新冠肺炎核酸檢測)，一般常規檢驗新台幣 4,200 元，快速檢驗新台幣 5,200 元(檢驗報告每增加一份收取 20 元，不同版本一份收取 100 元)，同意自行負擔。</p>					
個人自費檢驗資料 蒐集處理及利用同意書	<p>就申請人民國_____年_____月_____日於台東馬偕紀念醫院接受 COVID-19 自費檢驗之個人資料(包括姓名、身分證字號、出生日期、檢驗結果等資料)：</p> <p>1.同意於簽署本申請表之日起算<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>2.同意於簽署本申請表之日起算<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>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>				

申請人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

領取人簽章：_____ 中華民國_____年_____月_____日