

# 民眾自費檢驗 COVID-19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	<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	出境日期	__年__月__日	
【非出境免填】	搭乘航空班機編號		
取得檢驗結果時間等需求	<input type="checkbox"/> 一般件(採檢隔日取件)\$3,500 <input type="checkbox"/> 急件(採檢當日下午取件)\$4,500 <input type="checkbox"/> 抗原快篩(採檢當日下午取件)\$750		
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__日於三軍總醫院澎湖分院接受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 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>		