恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
民眾自費檢驗COVID-19 PCR(新冠肺炎核酸檢測)申請表

申請日期： 年 月 日

<table>
<tr><td>申請人</td><td></td><td rowspan="2">身分證明文件號碼</td><td>□身分證□居留證□護照</td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td>___年___月___日</td><td></td></tr>
<tr><td>法定代理人</td><td></td><td rowspan="2">身分證明文件號碼</td><td>□身分證□居留證□護照</td></tr>
<tr><td>與申請人關係</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>申請原因</td><td colspan="3">□居家隔離/檢疫者，因(□親屬□國外親屬)身故或重病等社會緊急需求，需外出奔喪或探視
□旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區
□工作
□短期商務人士
□出國求學
□外國或中國大陸、香港、澳門人士出境
□相關出境適用對象之眷屬
□經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意
□其他因素:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">出境資料
【非出境免填】</td><td>出境日期</td><td colspan="2">____年____月____日</td></tr>
<tr><td>搭乘航空班機編號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">取得檢驗結果時間等需求</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書</td><td colspan="3">就申請人於民國__年__月__日於恆春基督教醫院接受 COVID-19 PCR 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□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。
_____(簽章) _____(法定代理人簽章)
2. 同意於簽署本申請表之日期起算□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。</td></tr>
</table>

申請 日期：_____年_____月_____日　　聯絡電話：_____

申請人簽章：_____　法定代理人簽章：_____

領取人簽章(或郵寄)：_____領取日期：_____年_____月_____日