

**西園醫療社團法人西園醫院**  
**自費檢驗 COVID-19 (新冠肺炎) 申請表**

110.05.10

申請人姓名		證件類型	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
		身分證/居留證/ 護照號碼	
檢驗人姓名	<input type="checkbox"/> 申請人同檢驗人 <input type="checkbox"/> 申請人非檢驗人		與檢驗人關係：
您目前為居家隔離/檢疫中(1-14天)?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您目前為自主管理中(15-21天)?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
申請原因	<input type="checkbox"/> 居家隔離/檢疫者，因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，因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"/> 工作因素 <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		
出境資料 【非出境免填】	出境日期	年	月
	搭乘航空班機編號		
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____日於西園醫院接受 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）：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 同意，於簽署本申請表之日期起算，<input type="checkbox"/>永久 或 <input type="checkbox"/>_____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><input type="checkbox"/> 2. 同意，於簽署本申請表之日期起算，<input type="checkbox"/>永久或 <input type="checkbox"/>_____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>		
<p>本人_____（請親簽）已清楚瞭解 COVID-19 為自費檢驗，並同意支付現金 NT\$6,300 元（含掛號費、診察費、採檢費及一份檢驗報告書），並確認英文名字及護照號碼正確，已瞭解疾病管制署、外交部、陸委會公告之入境國家相關規定。</p> <p>申請人簽章：_____ 聯絡電話：_____</p> <p>申請日期：民國_____年____月____日</p>			