

臺北市立聯合醫院_____院區
民眾自費檢驗 COVID-19 申請表

病歷號碼：
姓 名：
病 床 號：

請確認您登機或出入境所需要的文件(如中華民國護照、他國護照、台灣居民往來大陸通行證)等，並正確填寫英文姓名、文件號碼以及國籍，以利提供正確報告與診斷書。

申請項目：快速件(4500 元) 常規件(3500 元)

申請人姓名：_____

性別：男性 女性

出生日期：_____年_____月_____日

國籍：_____

身分證號碼/居留證號碼：_____ (擇一填寫)

護照英文姓名：_____ (出境必填寫)

護照號碼：_____ (出境必填寫)

台灣居民往來大陸通行證號碼：_____ (赴中國大陸必填寫)

申請原因：

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。

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

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：_____

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：_____

採檢日期：_____年_____月_____日

領取人簽章：_____ 領取日期：_____年_____月_____日

同意事項：

申請人於臺北市立聯合醫院接受 COVID-19 自費檢驗，同意提供個人資料，包含姓名、身分證字號、生日、檢驗結果予衛生福利部疾病管制署作為疫情監測與衛生福利部中央健康保險署作為載入申請人之健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統。

申請人/法定代理人簽章：_____

聯絡電話：_____

地 址：_____

緊急聯絡人姓名：_____

緊急聯絡人電話：_____

中華民國 _____年_____月_____日