

臺北市立聯合醫院_____院區
個人 COVID-19 自費檢驗蒐集處理及利用同意書

病歷號碼：
姓名：
病床號：

本人於民國_____年_____月_____日接受 COVID-19 自費檢驗資料之個人資料，
包含姓名、身分證字號、生日、檢驗結果等資料：

1. 同意於簽署本申請書之日期起算 84 個月內，提供予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，並得於本人醫療需
要範圍內予以蒐集、處理及利用。

立同意書人簽章：_____

法定代理人/監護人簽章：_____關係：本人 病人之_____

身分證統一編號/居留證號碼：_____

2. 同意於簽署本申請書之日期起算 84 個月內，提供衛生福利部疾病管制署作為相
關疫情監測。

立同意書人簽章：_____

法定代理人/監護人簽章：_____關係：本人 病人之_____

身分證統一編號/居留證號碼：_____

申請人已瞭解：不同意提供個人 COVID-19 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。

中華民國_____年_____月_____日