|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | |  | | 身分證明文件號碼 | | □身分證□居留證□護照 |
| 出生日期 | | 年 月\_\_\_日 | | NO: |
| 性別 | | □男 □女 | | 連絡電話 | |  |
| 法定代理人 | |  | | 身分證明文件號碼 | | □身分證□居留證□護照 |
| 與申請人關係 | |  | | NO: |
| 申請原因 | | □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: | | | | |
| 出境資料  【非出境免填】 | | 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 | | | □常規檢驗(兩日內)□快速檢驗(採檢當日領取報告) | | | |
| 檢驗證明： | | | □中文版　□英文版 | | | |
| 其他檢驗證明(自費申請) | | | □夏威夷專案(新台幣200元) □日文版(新台幣200元) | | | |
| 申請人因上述原因申請自費檢驗COVID-19(新冠肺炎核酸檢測)，其相關費用新台幣5,000元，快速檢驗新台幣7,000元同意自行負擔。 | | | | | | |
| 個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書 | 就申請人於民國 年 月 日於(淡水)馬偕醫院接受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）：  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)申請人/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)申請人/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。 | | | | | |
| 申請人簽章： 、法定代理人簽章  申 請日 期：　中華民國　　 　年　 　　月　 　　日  領取人簽章(或郵寄)： 中華民國　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |