**聖保祿醫院**

112.05.12版

**民眾自費採檢COVID-19申請表暨同意書**

申請日期： 年 月 日 病歷號碼：

一式一聯：

申請人

🡫

醫事課

🡫

病歷課

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 身分證號 |  | 出生日期 |  年 月 日 | 手機 |  |
| 報告呈現姓名 |  | 報告呈現證號 |  |
| 檢附證件 | □護照 □身分證 □居留證 □台胞證 □其他  |
| 法定代理人 |  | 身分證號 |  | 關係 |  | 手機 |  |
| 出境資料【非出境免填】 | 出境日： 年 月 日□電子機票 □機票購買證明**請自行確認出境之採撿報告時效** | 用途 | □出境需求 □自行參考 |
| 自行負擔費用 | **類別/領取報告時間** | **預約門診** | **急診採檢** |
| 特急件LIAT/4小時 | / | □ 8,000元/人(L72-SF7) |
| 急 件/24小時 | □ 4,500元/人(L72-910A) | □ 4,500元/人(L72-910C) |
| 一般件/48小時 | □ 2,000元/人(L72-910) | □ 2,000元/人(L72-910B) |
| **申請人因上述原因申請自費檢驗COVID-19(新冠肺炎核酸檢測)，並同意自行負擔相關費用。** |
| 申請人簽章: 法定代理人簽章： 緊急聯絡人: 領取人簽收: 領取日：　　年　 月　　日 | 領取報告時間:  月 日 時 分 |
| 個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書 | 就申請人於聖保祿醫院接受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。

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(申請人簽章) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(法定代理人簽章)1. 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。

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(申請人簽章) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(法定代理人簽章)1. □申請人不同意提供個人自費檢驗資料予衛生福利部□疾病管制署□中央健康保險署

且申請人已瞭解：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。 |
| **✄---------------------✄----------------------✄----------------------✄----------------------** **COVID-19檢驗報告 取件說明**姓名： 領取報告時間： 月 日 時 分類別：□特急件 8000元□急件4500元□一般件2000元本人領取請攜帶身分證正本，非本人領取請攜帶雙方身分證正本及委託書。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　§領取時間及地點 | **時間** | **地點** |
| 星期一～星期五 | 早上8:00 ~ 晚上22:00 | 大廳6號窗口 |
| 星期一～星期五 | 晚上22:00 ~ 隔日早上8:00  | 急診內區收費櫃檯 |
| 星期六、日及國定假日 | 全日00:00~24:00 | 急診內區收費櫃檯 |

※領取報告時請核對中、英文姓名、護照號碼及相關證件號碼無誤後再行離開。  |