

衛生福利部金門醫院 民眾自費檢驗 COVID-19申請表  
(COVID-19 test request form)

109.10.15制定  
110.03.19修訂

申請人姓名 (Name)		證件類型 (Identification)	<input type="checkbox"/> 身分證(Taiwan ID) <input type="checkbox"/> 居留證(Resident certificate) <input type="checkbox"/> 護照(Passport)
		證件號碼 (ID No.)	
申請目的 (Purpose)	<input type="checkbox"/> 居家隔離/檢疫者，因 ( <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 國外親屬)身故或重病等社會緊急需求，需外出奔喪或探視 for those who are in quarantine, requesting to leave the accommodation due to urgent needs <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 for those who need to travel to a foreign country due to emergency <input type="checkbox"/> 工作 requested by the employer <input type="checkbox"/> 短期商務人士 businessmen on a short trip <input type="checkbox"/> 出國求學 students who intend to study abroad <input type="checkbox"/> 外國或中國大陸、香港、澳門人士出境 foreigners, people from China, Hong Kong, Macau who want to leave Taiwan <input type="checkbox"/> 相關出境適用對象之眷屬 family members of the above <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 others permitted by Central Epidemic Command Center <input type="checkbox"/> 其他因素(others)：_____		
出境資料 (Information of departure)	出境日期 (Date of departure)	_____年(Y)_____月(M)_____日(D)	
	搭乘航空班機編號 (Flight number)		
取得檢驗結果時間等需求 (Special request for report time)	<input type="checkbox"/> 一般 standard <input type="checkbox"/> 緊急 urgent		
備註說明 (Note)			

申請人簽章(Signature)：\_\_\_\_\_ 採檢醫師：\_\_\_\_\_ 護理人員：\_\_\_\_\_

中華民國(Date)：\_\_\_\_\_年(Y)\_\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_\_日(D)

領取報告單(一般standard / 急件urgent)

姓名(Name)：\_\_\_\_\_ 病歷號(Chart number)：\_\_\_\_\_

採檢日期(Sampling date)：\_\_\_\_\_ 領取報告日期(Report Date)：\_\_\_\_\_

採檢醫師：

護理人員：

聯繫電話(TEL)：082-332546 #11828

請至急診室掛號櫃台領取

個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書：

申請人於民國\_\_年\_\_月\_\_日於本院接受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) \_\_\_\_\_(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) \_\_\_\_\_(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。

中華民國      年      月      日

證件影本貼粘處

(Stick your Identification  
photocopy here)

**衛生福利部金門醫院**  
**領取COVID-19檢驗報告委託書**

本人\_\_\_\_\_（身份證號：\_\_\_\_\_），業已於中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日向 貴院申請辦理自費檢驗COVID-19。茲因本人不克前往 貴院親自領取COVID-19檢驗報告，故委託（受委託人）\_\_\_\_\_代本人領取，本人簽署委託書後， 貴院應視同本人已完全充分授權委託人，並且本人瞭解 貴院已盡善良管理人之責任，如因此發生任何法律訴訟與糾紛，概與 貴院無關，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

衛生福利部金門醫院

立委託書人〔本人〕：\_\_\_\_\_ 簽章

電話：\_\_\_\_\_

住址：

受託人：\_\_\_\_\_ 簽章

電話：\_\_\_\_\_

住址：

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**雙證件之正反面影本貼黏背面**

**委託人**

**受委託人**