



申請人	(簽章)	身分證	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
出生日期	____ 年 ____ 月 ____ 日	文件號碼	
法定代理人		身分證	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
與申請人關係		文件號碼	
職業別: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 航空 <input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 餐飲 <input type="checkbox"/> 農林畜牧 <input type="checkbox"/> 服務 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其它:_____			
現有疾病症狀: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:_____			
近 1 個月內曾有國外居住史或出國旅遊史 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:_____			
14 天內有無接觸史: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有接觸確診或疑似個案(居家隔離/居家檢疫)			
14 天內有無群聚感染: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(家中親友、同事或同學有發燒、流鼻水、呼吸道症狀)			
申請原因	<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 <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 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 短期商務人士 <input type="checkbox"/> 出國求學 <input type="checkbox"/> 外國或中國大陸、香港、澳門人士出境 <input type="checkbox"/> 相關出境適用對象之眷屬 <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 <input type="checkbox"/> 其他因素：_____		
出境資料	出境日期	年 月 日	
【非出境免填】	搭乘航空班機編號		
取得檢驗結果時間等需求			
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 ____ 日於仁愛醫院接受 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.同意於簽署本申請表之日期起算 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 健康存摺及 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 _____(簽署) _____(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		

申請人簽章表示已瞭解疾病管制署、外交部、陸委會公告之入境國家之相關規定，且確認上述資料正確，並清楚瞭解 COVID-19 自費檢驗，

※同意支付檢查費 快速件費用 4500 元整 (當天取件) 常規件 3500 元整(隔日取件)

抗原快篩 800 元整。