申請日期(西元)： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | (簽章) | 身分證明 文件號碼 | | □身分證 □居留證 □護照 |
| 出生日期 | 年 月\_\_\_日 |  |
| 法定代理人 | (簽章) | 身分證明文件號碼 | | □身分證 □居留證 □護照 |
| 與申請人關係 |  |  |
| 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 | |
| 入境國家 | |  | |
| 搭乘航空班機編號 | |  | |
| 取得檢驗結果 時間需求 | □一般件 □急件 □特急件（預計取得報告時間 年 月 日） | | | |
| 檢驗證明 | □中文版　□英文版 | | | |
| 個人自費檢驗資料蒐集處理及利用同意書 | 就申請人於西元 年 月 日於\_\_\_\_\_\_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。 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。 3. □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。 4. 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。 | | | |
| 報告發送方式 | □臨櫃取件 領取人簽章(西元年/月/日)：  □電子郵件通知(Mail Add)：  □郵寄 掛號號碼：  （郵寄服務由物流公司配送，無法掌握確切送達日，敬請斟酌報告使用效期）  （請自行確認航空公司登機規定與各國入境報告形式。) | | | |

申請人:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽章) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(法定代理人簽章) 手機號碼: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

緊急聯絡人： 手機號碼： 西元日期： 年 月 日

台美特約企業/優惠代碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_