

個人自費檢驗(查)、藥品、醫材資料蒐集處理及利用同意書

本人_____同意_____ (機構名稱)將本人
民國__年__月__日起算 7年或 年內，於該機構接受自
費檢驗(查)、藥品、醫材等資料之下列個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、性別、自費檢驗(查)結果、藥品、醫材等資料)，
於本人簽署本同意書日期起算永久或__年內，提供予衛生福利
部中央健康保險署(下稱健保署)，做為載入本人之健康存摺及健
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。本人已瞭解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。

此致

_____ (機構名稱)、 衛生福利部中央健康保險署

立同意書人:

出生年月日: 民國__年__月__日

身分證字號:

法定代理人:

身分證字號:

中 華 民 國 年 月 日