

# 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