

## 個人自費健康檢查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\_\_\_\_日於該機構接受自費健康檢查資料之下列個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、性別、自費健康檢查檢驗等資料)，  
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