

## 個人健康檢查資料蒐集處理及利用同意書

本人\_\_\_\_\_（署名）

同意將民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日於○○○○○○○○（醫事機構名稱）接

受之健康檢查資料（包括姓名、身分證字號、生日、性別、健康檢查

結果等資料），☐永久或☐7年內或☐\_\_\_\_年內（請勾選）提供健保

署載入本人健康存摺，並上傳健保醫療資訊雲端查詢系統及家醫大平

台。相關資料得予本人醫療、保健需要範圍內，供衛生福利部暨所屬

機關蒐集，處理或利用。

此致

○○○○○○○○（醫事機構名稱）

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：

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日