臺南市弱勢原住民族健康風險扶助計畫
健康檢查費用補助申請表

一、基本資料

姓名		性別	□男□女	申請日期	年　月　日
身分証字號		出生年月日			受理申請單位核章
連絡電話		族別			
地址	□戶籍地址＿＿＿＿＿＿＿＿ □通訊地址＿＿＿＿＿＿＿＿				

二、申請人聲明

本人＿＿＿＿＿＿＿＿申請「健康檢查費用補助」，於2年內未曾接受公教健檢及本計畫提供之健康檢查相關補助，所附文件資料均屬確實，並同意臺南市政府透過中央健康保險署向醫院調閱相關病歷等資料，以供相關補助申請審查，倘有隱瞞或不實，本人願繳回全部補助款並負偽造文書及冒領公款等法律責任。

此致

臺南市政府　　簽名蓋章：＿＿＿＿＿＿＿＿

中華民國：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

受理特約醫院填寫

收件日期	年　月　日(星期　)	健檢日期	年　月　日(星期　)

受理醫院				
	國立成功大學醫學院附設醫院		衛生福利部胸腔病院及其門診部
	衛生福利部臺南醫院		衛生福利部新營醫院
	臺南市立醫院		衛生福利部臺南醫院新化分院
	臺南市立安南醫院		高雄榮民總醫院臺南分院

健檢結果：□**檢查無異常，結案。**　□ **檢查異常，需進行後續追蹤。**

□確認文件　□申請表 □同意書 □戶籍資料 □健檢報告 □健檢項目明細表

□申請健康檢查補助總金額：新臺幣 4,500 元整。

承辦人	單位主管	會計	機關(單位)首長

臺南市弱勢原住民族健康風險扶助計畫

接受健康檢查同意書

本人＿＿＿＿＿＿＿＿經過說明，已充分了解並同意遵守以下健康檢查之相關事項：

1.本人了解抽血及健檢過程中可能有輕微疼痛感，少部分人可能有淤血情形。為確保檢驗品質及準確度，若遇血液檢體不良時（檢體量不足、凝血、溶血），將重新採檢。
2.本人了解健檢結果將提供醫師做為臨床診斷及後續治療追蹤之參考。
3.本人了解為瞭解原住民族整體健康狀況，以及個別健康狀況追蹤，本人同意本次健檢相關資料（姓名、身分證字號、生日、性別、族別）與檢驗結果將為衛生福利部、原住民族委員會、臺南市政府及相關所屬機關於促進醫療及公共衛生之必要範圍內蒐集、處理，以及利用於疾病監測、流行病學分析、政策評估、轉銜治療及查詢、個案追蹤健康管理及串接政府部門相關資料庫使用。
4.本人同意將本次健檢相關資料（姓名、身分證字號、生日、性別、族別）與檢驗結果，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入健保醫療資訊雲端查詢系統之用，並同意提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入本人健康存摺之用。
5.本人了解衛生福利部、原住民族委員會、臺南市政府及相關所屬機關行蒐集、處理及利用時，會依循個人資料保護法及相關法規辦理。

此致

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（醫療院所名稱）、臺南市政府衛生局、臺南市政府、原住民族委員會、衛生福利部

立同意書人簽名或蓋章：＿＿＿＿＿＿＿＿

出生年月日：民國＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

身分證(居留證)字號：＿＿＿＿＿＿＿＿

中　華　民　國＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日