個人勞工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（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系統。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