

淡水馬偕紀念醫院  
民眾自費檢驗 COVID-19(新冠肺炎核酸檢測)申請表

本申請表依疾管署公告異動，以最新公告版本為準

申請人		證件類型	證照號碼
		<input type="checkbox"/> 身分證	
病歷號碼		<input type="checkbox"/> 居留證	
		<input type="checkbox"/> 護照	
申請原因	<input type="checkbox"/> 居家隔離/檢疫者因二親等內親屬身故或重病等社會緊急需求，須外出奔喪或探視 <input type="checkbox"/> 旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 出國求學 <input type="checkbox"/> 外國或中國大陸、香港、澳門人士出境 <input type="checkbox"/> 相關出境適用對象之眷屬 <input type="checkbox"/> 經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意 <input type="checkbox"/> 其他因素：_____		
申請人_____因上述原因申請自費檢驗 COVID-19(新冠肺炎核酸檢測)，其相關費用新台幣 6,300 元【外國籍人士新台幣 8,700 元】同意自行負擔。			
出境資料 【非出境者免填】	出 境 日 期：	_____年_____月_____日	
	搭乘航空班機編號：		
取得檢驗結果時間需求：			
檢 驗 證 明：		<input type="checkbox"/> 中文版 <input type="checkbox"/> 英文版	
備註說明			

申請人簽章：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

領取人簽章(或郵寄)：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日