

臺中市政府衛生局

臺中榮民總醫院 醫院陪(探)病自費快篩專案申請表

一、申請人資料(請完整填寫)	
申請人姓名	
身分證號碼	
出生日期	
地址	
連絡電話/行動電話	
二、陪(探)病對象資料(請完整填寫)	
陪(探)病對象姓名	
與陪(探)病對象關係	
住院醫療院所名稱	
病房樓層	
病床號碼	

注意事項:

1. **醫療院所:**本快篩專案由臺中市可執行新冠肺炎篩檢及治療之醫院辦理。
2. **專案對象:**【家人於臺中市醫院住院，且有陪(探)病需求之民眾】。
3. **身分檢核:**符合專案對象之民眾須出示【身分證】、【健保卡】，如實填寫表格內容或有需要時可提供相關證明文件。
4. **收費標準:**由臺中市政府衛生局提供快篩試劑，民眾得視需求以新臺幣 400 元專案價格，於陪(探)病 3 日前完成快篩，並由醫療院所提供有檢驗結果之書面報告或證明。
5. **證明文件:**專案快篩之書面報告或證明僅限於醫院陪(探)病使用，並加註【本證明僅供於臺中市醫院陪(探)病證明使用】。
6. **專案期間:**依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心規定及實際使用情形滾動調整本專案相關規定。
7. **臺中市政府衛生局**保有查核權利，如經查獲民眾或醫療院所有不實填報，濫用之情事，須自負法律責任。