

全民健康保險資料研究利用變更申請書

日期：____年____月____日

受理序號：____（由保險人填寫）

一、申請資料			
申請者(機關、機構、大學、法人)			
地址			
計畫執行人員 (IRB 主持/協同之一)		職稱	
所屬機構/單位		身分證字號	
電子郵件		聯絡電話	
聯絡人姓名		聯絡人電話/ 電子郵件	
聯絡地址			
原受理序號			
二、變更內容			
類 型 (請參考本中心網頁公告)		附件序號	資料年度
☐ 承保資料：保險對象之投保身分、薪資級距、投保地點及其他投保資料。		附件	
☐ 醫療服務資料-就醫及用藥紀錄：保險對象就醫與用藥紀錄、重大傷病狀態及其他醫療服務申報資料。		附件	
☐ 醫療服務資料-醫學影像及病理報告：醫學影像(含報告)及病理報告。		附件	
☐ 醫療服務資料-檢查與檢驗結果：常規生化檢驗、檢查資料。		附件	
三、變更原因 (請詳述)			

「申請者

申請者：

大印」

代表人：（請簽章）

計畫執行人員（IRB 主持/協同之一）：（請簽章）

中 華 民 國 年 月 日