

全民健康保險資料研究利用申請書

日期：____年____月____日

受理序號：____（由保險人填寫）

一、申請者資料（IRB 主持/協同之一）已檢附 IRB 證明： ☐ （勾選）					
姓名		職 稱			
服務機構		身分證字號			
服務單位		聯絡電話			
電子郵件					
聯絡地址					
聯絡人(代表人)姓名		聯絡人(代表人)電話			
利用目的	☐ 碩、博士論文（需檢附在學證明、論文摘要）論文名稱：_____ 				
	☐ 研究計畫：補助單位 _____、計畫編號 _____ 計畫名稱 _____				
	☐ 人工智慧應用模型/程式訓練 名稱：_____				
	☐ 其他：_____				
機關(構)之利用範圍	☐ 由政府機關（構）或其委託為學術研究或公共利益目的之利用 例如：中央及地方政府機關自行進行之統計分析、政策評估或委託之機關(構)等目的				
	☐ 由其他機構或行政法人為學術研究或公共利益目的之利用 例如：各醫療院所、醫學院、大學、學術研究機構自行進行之學術研究				
工作日數	_____日				
二、執行研究利用人員（以六人為上限）					
姓名	身分證字號	性別	機構/單位	職稱	聯絡電話/ E-mail

三、研究計畫			
年 度：			
計畫名稱：			
計畫緣起：	(計畫產生之背景及重要性)		
利用目的、必要性：			
實施方法及進行步驟：			
統計資料庫預定使用範圍及方法：			
計畫期間：		報告(論著)發表(出版)預定日期：	
預期效益 (可複選)：	☐ 1. 論文寫作____件 ☐ 2. 論文發表____件(預計發表日期____) ☐ 3. 內部研究____件 ☐ 4. 決策建議____件 ☐ 5. 人工智慧應用模型(或演算法) ____件 ☐ 公開 ☐ 不公開 ☐ 6. 其他____件(請簡要說明____)		
四、申請研究利用資料			
期間及條件	期間：		
	條件：		
類 型	(請參考保險人網頁公告)	附件序號	所需資料年度
☐ 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____	

☐ 本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤。(同意請打勾)

申請者：_____ (請簽章)

附件二

全民健康保險保險資料研究利用修正/變更申請書

日期：____年____月____日

受理序號：____（由保險人填寫）

一、原申請者資料（IRB 主持/協同之一）							
姓名				職 稱			
服務機構				身分證字號			
服務單位				聯絡電話			
電子郵件							
聯絡地址							
聯絡人(代表人) 姓名				聯絡人(代表人) 電話			
原受理序號							
二、修正內容							
項目		☐ 工作日數，請續填2-1					
		☐ 執行研究利用人員，請續填2-2及2-3					
2-1 工作日數		已申請： 首次申請日數：____日 續申請____次，共續____日 目前合計____日				變更申請資料： 新增日數：____日	
2-2 人數		執行研究利用人員共____人				新增____人，刪除____人	
2-3 名單	異動情形	姓名	身分證字號	性別	機構/ 單位	職稱	連絡電話/ E-mail
	刪除人員						
	新增人員						

三、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_____			
四、變更原因 (請詳述)							

☐ 本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤。 (同意請打勾)

申請者：_____ (簽章)

全民健康保險資料研究利用展延申請書

日期：____年____月____日

受理序號：_____（由保險人填寫）

一、原申請者資料（IRB 主持/協同之一）			
姓名		職 稱	
服務機構		身分證字號	
服務單位		聯絡電話	
電子郵件			
聯絡地址			
聯絡人(代表人) 姓名		聯絡人(代表人) 電話	
原受理序號			
二、展延內容			
展延理由			
證明文件類別			
預計展延期限	—		

☐ 本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤。（同意請打勾）

申請者：_____（請簽章）

全民健康保險資料研究利用保密切結書

立切結書人 _____（以下簡稱本人）於民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起，使用全民健康保險資料研究利用。並切結下列事項：

- 一、本人對於使用資料期間所知悉或持有之機密或非機密之任何物品、文件、磁片、光碟、資料、訊息、圖表、分析報表、電子檔案及其傳輸資料與作業機密之相關文書等，均應善盡保密義務。除專案階段必要的分析使用之外，不得洩露、幫助、告知、交付、複製、節錄或以其他任何方式移轉與第三人。即使中途因故去職，亦不得洩露相關內容。
- 二、本人所產製之統計結果係於保險人應用聯結加值資料自行編製，產製過程業已確認聯結加值資料無誤，公布發表之相關統計結果正確性由本人負責，且內容僅限由保險人核可之攜出資料，未經保險人核可攜出之資料不得發布；亦不得自行利用核可攜出之資料，產製三單位以下之統計結果。
- 三、本人確認已詳細閱讀「全民健康保險資料研究利用與停止利用申請作業及管理要點」等相關規定，若未善盡保密義務致有錯誤、損毀、滅失或其他不法情事發生，同意立即停止本申請計畫；如有不當使用或侵害個人隱私，除應依相關規定追究責任外，應依刑法、個人資料保護法等相關規定，移請司法機關偵辦。
- 四、本切結書正本由保險人收執，影本由立切結書人收執。

此 致

全民健康保險保險人

立切結書人： _____（簽章）

身分證字號： _____

地 址： _____

聯絡電話： _____

服務單位： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

全民健康保險資料停止目的外利用申請書

當事人基本資料

姓名： 出生日期： 身分證號：
 連絡電話： 聯絡地址：
 申請日期： 預計生效日期：
 電子郵件：

法定代理人或輔助人資料 1

姓名： 出生日期：
 身分證號： 連絡電話： 關係：

法定代理人資料 2

姓名： 出生日期：
 身分證號： 連絡電話： 關係：

前次申請日期 1： 前次申請日期 2：

健保資料停止目的外利用範圍及種類：

1. 由政府機關（構）或其委託為學研或公益目的

資料種類	說明	請勾選
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。	☐
醫療服務-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。	☐
醫療服務-醫學影像及病理報告	醫學影像(含報告)及病理報告。	☐
醫療服務-檢查與檢驗結果	常規生化檢驗、檢查資料。	☐

2. 由其他機構或行政法人為學研或公益目的

資料種類	說明	請勾選
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。	☐
醫療服務-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。	☐
醫療服務-醫學影像及病理報告	醫學影像(含報告)及病理報告。	☐
醫療服務-檢查與檢驗結果	常規生化檢驗、檢查資料。	☐

☐ 註銷前次所有停止利用項目

本人已詳閱並理解本申請書所有說明，及本申請之生效日期、效力不溯及既往，及結果查詢方式。已確認所提供及申請資料正確無誤並提交本申請。

申請者/法定代理人或輔助人簽名：