

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： <input type="checkbox"/> （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	<input type="checkbox"/> 碩、博士論文（需檢附在學證明、論文摘要）論文名稱： _____ <input type="checkbox"/> 研究計畫：補助單位 _____、計畫編號 _____ 計畫名稱 _____ <input type="checkbox"/> 人工智慧應用模型/程式訓練 名稱： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____				
機關(構)之利 用範圍	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)：	<input type="checkbox"/> 1. 論文寫作__件 <input type="checkbox"/> 2. 論文發表__件(預計發表日期_____) <input type="checkbox"/> 3. 內部研究__件 <input type="checkbox"/> 4. 決策建議__件 <input type="checkbox"/> 5. 人工智慧應用用模型(或演算法) __件 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 不公開 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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____	
<input type="checkbox"/> 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____	
<input type="checkbox"/> 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____	
<input type="checkbox"/> 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)