

致：[已登記醫療服務提供者姓名] \_\_\_\_\_  
香港特別行政區政府衛生署署長（下稱“政府”）

**醫療券使用者資料：\* 刪去不適用者**

中文姓名：\_\_\_\_\_ 英文姓名：\_\_\_\_\_

\*香港身份證號碼/\*豁免登記證明書編號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話號碼：\_\_\_\_\_

**交易記錄：**

(如交易被取消,請服務提供者用紅筆於該行紀錄劃上橫直線,並且於該行紀錄的「交易號碼」欄旁填上「取消交易編號」)

\*\*\*\*\*

本人接受 \_\_\_\_\_ 提供的醫療服務,並同意使用 \_\_\_\_\_ (整數)張醫療券,額外支付的服務費為 \_\_\_\_\_ 元。  
(交易號碼:\_\_\_\_\_)

本人已獲 (姓名) \_\_\_\_\_ 告知並解釋「醫療券使用者同意轉交個人資料」內所載的承諾及聲明。本人明白和同意該等承諾及聲明的內容。

本人\***同意/不同意** 授權上文第一段提及的已登記服務提供者讀取儲存在本人智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼,中英文姓名,出生日期和香港身份證簽發日期),以供政府於「醫療券使用者同意轉交個人資料」內的附錄 – 「收集個人資料之目的」所述的用途。

醫療券使用者簽署(如不會讀寫,請印上指模):\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_

**如醫療券使用者精神上有行為能力但不會讀寫,才須填寫此欄**

本人見證這份文件在醫療券使用者面前朗讀及解釋。

見證人簽署: \_\_\_\_\_ 姓名(英文): \_\_\_\_\_ 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**如醫療券使用者是精神上無行為能力人士,才須填寫此欄**

監護人簽署: \_\_\_\_\_ 姓名(英文): \_\_\_\_\_ 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

本人接受 \_\_\_\_\_ 提供的醫療服務,並同意使用 \_\_\_\_\_ (整數)張醫療券,額外支付的服務費為 \_\_\_\_\_ 元。  
(交易號碼:\_\_\_\_\_)

本人已獲 (姓名) \_\_\_\_\_ 告知並解釋「醫療券使用者同意轉交個人資料」內所載的承諾及聲明。本人明白和同意該等承諾及聲明的內容。

本人\***同意/不同意** 授權上文第一段提及的已登記服務提供者讀取儲存在本人智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼,中英文姓名,出生日期和香港身份證簽發日期),以供政府於「醫療券使用者同意轉交個人資料」內的附錄 – 「收集個人資料之目的」所述的用途。

醫療券使用者簽署(如不會讀寫,請印上指模):\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_

**如醫療券使用者精神上有行為能力但不會讀寫,才須填寫此欄**

本人見證這份文件在醫療券使用者面前朗讀及解釋。

見證人簽署: \_\_\_\_\_ 姓名(英文): \_\_\_\_\_ 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**如醫療券使用者是精神上無行為能力人士,才須填寫此欄**

監護人簽署: \_\_\_\_\_ 姓名(英文): \_\_\_\_\_ 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

本人接受 \_\_\_\_\_ 提供的醫療服務,並同意使用 \_\_\_\_\_ (整數)張醫療券,額外支付的服務費為 \_\_\_\_\_ 元。  
(交易號碼:\_\_\_\_\_)

本人已獲 (姓名) \_\_\_\_\_ 告知並解釋「醫療券使用者同意轉交個人資料」內所載的承諾及聲明。本人明白和同意該等承諾及聲明的內容。

本人\***同意/不同意** 授權上文第一段提及的已登記服務提供者讀取儲存在本人智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼,中英文姓名,出生日期和香港身份證簽發日期),以供政府於「醫療券使用者同意轉交個人資料」內的附錄 – 「收集個人資料之目的」所述的用途。

醫療券使用者簽署(如不會讀寫,請印上指模):\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_

**如醫療券使用者精神上有行為能力但不會讀寫,才須填寫此欄**

本人見證這份文件在醫療券使用者面前朗讀及解釋。

見證人簽署: \_\_\_\_\_ 姓名(英文): \_\_\_\_\_ 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**如醫療券使用者是精神上無行為能力人士,才須填寫此欄**

監護人簽署: \_\_\_\_\_ 姓名(英文): \_\_\_\_\_ 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

### 醫療券使用紀錄

致： \_\_\_\_\_  
(醫療券使用者姓名)

應診的醫療服務提供者 : \_\_\_\_\_  
到診日期 : \_\_\_\_\_ 年 月 日  
到診前醫療券數目 : \_\_\_\_\_  
該次診症使用的醫療券數目 : \_\_\_\_\_

醫療券餘數 : \_\_\_\_\_

(此部份由電腦印發，無須簽署。)

### 醫療券使用紀錄

致： \_\_\_\_\_  
(醫療券使用者姓名)

應診的醫療服務提供者 : \_\_\_\_\_  
到診日期 : \_\_\_\_\_ 年 月 日  
到診前醫療券數目 : \_\_\_\_\_  
該次診症使用的醫療券數目 : \_\_\_\_\_

醫療券餘數 : \_\_\_\_\_

(此部份由電腦印發，無須簽署。)

### 醫療券使用紀錄

致： \_\_\_\_\_  
(醫療券使用者姓名)

應診的醫療服務提供者 : \_\_\_\_\_  
到診日期 : \_\_\_\_\_ 年 月 日  
到診前醫療券數目 : \_\_\_\_\_  
該次診症使用的醫療券數目 : \_\_\_\_\_

醫療券餘數 : \_\_\_\_\_

(此部份由電腦印發，無須簽署。)