

醫療券計劃

更改醫健通(資助)戶口個人資料表格

致：香港特別行政區政府衛生署署長(下稱「政府」)
九龍觀塘巧明街 100 號安盛金融大樓 9 樓 901-4 室
(傳真: 3582 4115)
(電郵: hcvd@dh.gov.hk)

/ 刪去不適用】*

本人希望更改 *本人/本人的子女 在 醫療券計劃下開設的醫健通(資助)戶口內的資料，載列如下。

- *(a) 英文姓名： _____
- *(b) 中文姓名： _____
- *(c) 性別： _____
- *(d) 出生日期： _____
- *(e) 香港身份證簽發日期： _____

本人確認 *本人/本人的子女 為香港居民。

本人並夾附 *本人/本人的子女 的香港身份證副本備考。

承諾及聲明

1. *本人(即下述簽署人，香港身份證號碼_____)/本人(即上述香港身份證號碼_____ 持有人的監護人)，特此承諾、確認和同意下文第 2 至第 6 條所載的事項。
2. 本人同意向政府提供 *本人/本人的子女 的個人資料，包括香港身份證號碼、中英文姓名、性別、出生日期和香港身份證簽發日期。
3. 本人特此授權政府使用 *本人/本人的子女 的香港身份證號碼、中英文姓名、性別、出生日期和香港身份證簽發日期，以供政府於 附錄 - “收集個人資料之目的”所述的用途。
4. 本人特此聲明、承諾和保證，本人在此表格內及不時向政府提供的一切資料，全屬真確完整。
5. 本承諾及聲明須受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄。

6 本人已細閱本承諾及聲明，並完全明白本人在承諾及聲明下的義務及責任。

~~ 只需填寫第(I)或第(II)部分 ~~

(I) 適用於 18 歲以下的醫健通(資助)戶口持有人

監護人簽署：

關係： 父親 母親 監護人

監護人姓名(英文)：

香港身份證號碼：

電郵地址／通訊地址：

聯絡電話號碼：

日期：

(II) 適用於年滿 18 歲或以上的醫健通(資助)戶口持有人

醫健通(資助)戶口持有人簽署：

(如不會讀寫，請印上指模)

醫健通(資助)戶口持有人姓名(英文)：

(中文)：

香港身份證號碼：

電郵地址／通訊地址：

聯絡電話號碼：

日期：

如醫健通(資助)戶口持有人不會讀寫，才須填寫此欄

見證人簽署：

見證人姓名(英文)：

香港身份證號碼：

日期：

收集個人資料之目的

收集資料之目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
 - (a) 管理和監察醫療券計劃，包括但不限於由根據香港法例 177 章人事登記條例設立的人事登記辦事處進行的核對；
 - (b) 作統計和研究用途；以及
 - (c) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 你所提供的個人資料乃自願性質，如果你不提供充份的資料，政府可能無法更改你於醫健通(資助)戶口中的個人資料。

接受轉介人的類別

3. 你所提供的個人資料，主要由政府內部使用，但政府亦可能於有需要時，因以上第 1 段所列目的而向其他機構披露。

查閱個人資料

4. 根據《個人資料(私隱)條例》第 18 和第 22 條以及附表 1 第 6 原則所述，你有權查閱及修改個人資料。本署應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

查詢

5. 有關所提供之個人資料(包括查閱及修改資料)的查詢，應向下述人士提出：

有關醫療券計劃

九龍觀塘巧明街 100 號
安盛金融大樓 9 樓 901-4 室
衛生署醫療券事務科
行政主任
電話號碼： 2838 2311
傳真號碼： 3582 4115