

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