

致：香港特別行政區政府衛生署署長(「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)

## 醫療券計劃

### 取消連結醫健通(資助)戶口的通知

本人，即以下第(i)部分載列的人士，欲取消連結本人的醫健通(資助)戶口與載列於第(ii)部份人士的醫健通(資助)戶口：

(i) 本人醫健通(資助)戶口資料：

- (a) 姓名： \_\_\_\_\_  
(b) 性別： \_\_\_\_\_  
(c) 出生日期： \_\_\_\_\_  
(d) \* 香港身份證號碼/  
豁免登記證明書編號： \_\_\_\_\_

(ii) 現與本人戶口連結的醫健通(資助)戶口的持有人資料：

- (a) 姓名： \_\_\_\_\_  
(b) 性別： \_\_\_\_\_

取消連結本人醫健通(資助)戶口原因 (請在適用方格內填上“√”)

- 離婚       不欲共用醫療券  
 其他 (請註明: \_\_\_\_\_)

現夾附本人的 \*香港身份證 / 豁免登記證明書 副本供參考。

本人同意授權將本人的個人資料轉交及發放予任何已登記醫療服務提供者、政府、其代理人或其他獲政府授權的人士，以供政府用於附錄「有關收集個人資料的目的」所述的用途。

\*刪除不適用者

提交此通知的醫健通(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：

\*香港身份證號碼/

豁免登記證明書編號：

聯絡電話號碼：

日期：

如提交此通知的醫健通(資助)戶口持有人在精神上有行為能力但不會讀寫，才須填寫此欄  
本人已向醫健通(資助)戶口持有人讀出本文件。

本人謹此同意授權將本人的個人資料轉交及發放予任何已登記醫療服務提供者、政府、其代理人或其他獲政府授權的人士，以供政府用於附錄「有關收集個人資料的目的」所述的用途。

見證人簽署：

見證人姓名：

香港身份證號碼：

日期：

如提交此通知的醫健通(資助)戶口持有人屬精神上無行為能力的人士，才須填寫此欄  
I 本人是醫療券使用者 I 的監護人，已閱讀並填妥本文件。

本人謹此同意授權將本人的個人資料轉交及發放予任何已登記醫療服務提供者、政府、其代理人或其他獲政府授權的人士，以供政府用於附錄「有關收集個人資料的目的」所述的用途。

監護人簽署：

監護人姓名：

香港身份證號碼：

聯絡電話號碼：

日期：

## 有關收集個人資料的目的

### 收集資料的目的

1. 政府所獲得的個人資料，會用作下列一項或多項的用途：
  - (a) 執行及監察醫療券計劃，包括以電子方式與入境事務處的數據庫核對取得的個人資料；
  - (b) 處理醫療券付款事宜；
  - (c) 作統計及研究用途；以及
  - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
  
2. 提供個人資料乃自願性質。如果醫療券使用者、見證人(如適用)及監護人(如適用)不提供充分的資料，醫療券使用者或無法共用醫健通(資助)戶口內的醫療券。

### 資料轉交的類別

3. 本文件內提供的個人資料，主要供政府內部使用。為施行上文第 1 段所述的目的，如有需要，這些資料或會由政府披露予其他機構。

### 查閱個人資料

4. 根據個人資料(私隱)條例(第 486 章)第 18 及 22 條以及附表 1 第 6 項保障資料原則，醫療券使用者、見證人(如適用)及監護人(如適用)有權要求查閱及更正本文件內提供的個人資料，而執行查閱資料的要求，可能須收取費用。

### 查詢

5. 如須查詢有關所提供的個人資料，包括進行查閱及更正，可以向下列人員提出：

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：3582 4102