

全民健康保險資料人工智慧應用服務中心案件展延申請書

日期：____年____月____日

受理序號：_____ (由中心填寫)

一、申請人資料 (限本國人)			
姓名		職稱	
服務機關(機構)		身分證字號	
服務單位		聯絡電話	
電子郵件			
聯絡地址			
聯絡人姓名		聯絡人電話	
目的及用途	<input type="checkbox"/> 人工智慧應用模型/程式訓練(需檢附在職證明) 人工智慧應用模型/程式名稱_____		
	<input type="checkbox"/> 論文 (需檢附在職證明、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"/> 其他_____		
原受理序號			
展延理由	<input type="checkbox"/> 訓練模型於產業應用試作之測試 應用場域：_____		
	預計完成測試時間：_____		
	<input type="checkbox"/> 投稿中期刊之修訂 期刊名稱：		
	期刊名稱：		
	期刊名稱：		
	<input type="checkbox"/> 碩、博士論文 學生姓名：		
	學校名稱：		
	指導教授：		
	預計畢業年月：		
	論文名稱：		

附件8：案件展延申請書

(契約書附件三)

證明文件類別	<input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 書面文件 <input type="checkbox"/> 其他
原核准期間	____年____月____日
預計展延期間	預計展延至____年____月____日 (展延期間最長為六個月，且不得超過110年12月31日，按收費標準計費)
預計使用日數	_____日 (按收費標準計費)
<input type="checkbox"/> 本申請單內填具之各項資料，申請人已確認無誤，並僅同意提供貴中心作業之用。 (同意請打勾)	
申請人：_____ (請簽章) 服務機關(機構)：_____ (請用印) 服務機關(機構)代表人：_____ (請簽章) 服務機關(機構)聯絡電話：_____ 服務機關(機構)地址：_____ _____ _____ _____	

案件展延申請書填寫說明：

- 一、「申請人」、「服務機關(機構)」、「服務機關(機構)代表人」簽章欄位，務必簽章。
- 二、申請案件於資料使用期間結束後，如因訓練模型測試時間、期刊、論文資料審查需求，得檢具證明文件於資料檔保存狀況許可下，應提出書面申請展延使用期間暨保留研究分析檔案，並依其性質參照「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」繳交相關費用；醫療影像資料部分，以10GB為一檔案單位，每年度每檔案依規定收費新臺幣三千元，不足10GB部分，以10GB計算。
- 三、前項證明文件應足資證明期刊、論文資料審查需求，不得有造假情形，如經查證屬實，除撤銷申請外，並應承擔相關法律責任。
- 四、展延期間之案件預約、研究人員實地操作費及資料保存費依其性質參照「全民健康保險資料人工智慧應用服務試辦申請作業須知」、「全民健康保險保險人資訊整合應用服務收費標準」規定辦理。