

病歷資料申請委託同意書 (保險公司發函至病歷室專用)

病人資料欄					
病人姓名				身份證號/ 居留證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	聯絡電話	() 手機:
聯絡地址					
法定代理人或親屬往生之繼承人填寫欄 (病人未滿18歲或病人往生者, 需加填以下欄位)					
法定代理人/ 繼承人				身份證號	
出生日期	年 月 日	聯絡電話	() 手機:	法定代理人/ 繼承人與病人關係	
委託查詢病歷範圍					

本人茲因_____ (事由) 之需要, 同意

委託_____保險公司, 向中國醫藥大學北港附設醫院申請病歷資料, 請依需求提供資料。

如保險公司有逾越授權申請資料之範圍, 並將資料作為他用時, 由保險公司依法負責。

授權人 (病人或其法定代理人) 姓名: _____ (親自簽名或蓋章)

保險機構簽章:

授權日期: _____ 年 月 日

註:

- 一、本同意書之有效期限, 自授權日期之三個月內有效。
- 二、保險機構應附證明文件:
 - (一) 保險機構公文。
 - (二) 病歷資料申請委託同意書正本。
 - (三) 病人本人身分證影本。
 - (四) 病人未滿12歲無身份證者, 請附上戶口名簿影本。
 - (五) 病人未滿20歲, 由法定代理人申請, 請附上法定代理人身分證影本。
 - (六) 病人已往生者, 由繼承人申請, 請附上繼承人身分證影本, 並檢附足資證明繼承身份之戶籍資料。
- 三、相關資料及證明文件請提供完整, 以免影響權益。