



委託保險公司查詢病歷資料同意書

本人(或法定代理人)_____君同意授權委託_____保險

股份有限公司，茲因保險理賠或投保用途需要，而向 貴院調閱有關被保險人

____年__月__日至____年__月__日止於 貴院就醫之_____

相關病歷資料，檢附本人之身分影本，如發生保險公司有逾越授權申請資料之範圍，或將申請書之資料作為他用時等上揭情事發生，致他人受有損害者而有糾紛，由該保險公司及立同意書人依法負責，恐口說無憑，特立此書為證，煩請 貴院惠予協助配合。

此致 中山醫學大學附設醫院

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

住址：

聯絡電話：

【立同意書人非被保險人本人者請填下列資料】

被保險人：

身分證字號：

立同意人與被保險人關係：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

經辦人員：

聯絡電話：

中 華 民 國

年

月

日

備註：檢附此同意書需為正本，若資料空白不予受理查詢，其有效期限，自授權日期起之三個月內有效。