附件一

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別	男□ 女□	出生日期	年 月 日	身分證統一編號或居留證字號	
戶籍地址	縣 市	鄉鎮 市區	路 街	段 巷 弄 號 樓 室			
聯絡地址	縣 市	鄉鎮 市區	路 街	段 巷 弄 號 樓 室			
聯絡電話	（ ）	資料項目範圍	□1. 年 月至 年 月就醫資料（擇一勾選）： □簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) □費用格式□醫令格式 □2. 投保資料（擇一勾選）：□目前在保資料□全部。 □3. 其他 。 註：1.授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。 2.囿於保險人資料庫容量，上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。				
使用目的	申請保險理賠	當事人簽名		日期	年 月 日		

代理人姓名		性別	男□ 女□	出生日期	年 月 日	身分證統一編號或居留證字號	
戶籍地址							
聯絡地址							
聯絡電話	（ ）	與本人關係	保險理賠	代理人簽名			
				申請日期	年 月 日		

公司行號	名稱：**中國人壽保險股份有限公司** 負責人姓名：**王銘陽**	公司地址：**台北市松山區敦化北路122號6樓** 公司電話：(02)2719-6678
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本（臨櫃申請，請檢附正本以供查驗） 3. 代理人身分證明文件正反面影本（臨櫃申請，請檢附正本以供查驗） 4. 其他＿＿＿＿＿	

當事人授權書

本人茲因 保險理賠 （事由）之需要，同意由代理人 （與本人關係：保險理賠 ），向全民健康保險保險人申請提供 年 月至 年 月之資料（如申請書所勾選之資料項目及範圍），**且作為 壽險理賠 之用（如：壽險理賠）**。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。**資料影本 □不需要、□需要 請中央健康保險署以掛號副知本人，郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。**

授權人（即保險對象）姓名 （親自簽章）授權日期 年 月 日