



委託保險公司授權查詢病歷資料同意書

病人姓名		性別		生日		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
法定代理人或親屬往生之繼承人填寫欄(病人未滿20歲或病人往生者,需加填以下欄位)									
法定代理人姓名		性別		生日		身分證字號		病人關係	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上							電話	

茲因 保險投保 保險理賠 之需要, 同意授權委託 _____ 保險公司, 查詢 貴院患者之就診資料, 如保險公司有逾越授權申請資料之範圍, 或將資料作為他用時, 由本立書人與保險公司依法負責。

申請範圍:

- 門診看診: _____ 科, 看診期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 出院病歷摘要, 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 檢驗檢查報告, 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 病理切片報告, 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 其他 _____, 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

此致

光田醫療社團法人光田綜合醫院 沙鹿 大甲 通霄光田醫院

立同意書人(病人或其法定代理人)姓名:

(親自簽名或蓋章)

保險機構簽章:

經辦人員:
 連絡電話:

授權日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註:

- 一、本同意書之有效期限, 自授權日期之三個月內有效。
- 二、申請時檢附本同意書為正本, 如有塗改, 塗改處須蓋有立本同意書人印章, 否則視為無效。
- 三、若本委託保險公司授權查詢病歷資料同意書為影本, 均需蓋上該保險公司與正本相符之印章, 否則視為無效。
- 四、若上述資料未填寫完整、明確、則不與受理。
- 五、授權人未滿20歲, 須由法定代理人簽章, 並附二人之關係證明(身分證或戶口名簿), 關係證明若為影本請註明「與正本相符」。



委託保險公司授權查詢病歷資料同意書

病人姓名		性別		生日		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
法定代理人或親屬往生之繼承人填寫欄(病人未滿 20 歲或病人往生者，需加填以下欄位)									
法定代理人姓名		性別		生日		身分證字號		病人關係	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上							電話	

茲因 保險投保 保險理賠 之需要，同意授權委託 _____ 保險公司，查詢 貴院患者之就診資料，如保險公司有逾越授權申請資料之範圍，或將資料作為他用時，由本立書人與保險公司依法負責。

申請範圍：

- 門診看診：_____ 科，看診期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 出院病歷摘要， 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 檢驗檢查報告， 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 病理切片報告， 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 其他 _____， 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

此致

光田醫療社團法人光田綜合醫院 沙鹿 大甲 通霄光田醫院

立同意書人(病人或其法定代理人)姓名：

(親自簽名或蓋章)

保險機構簽章：

經辦人員：
 連絡電話：

授權日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：

- 一、本同意書之有效期限，自授權日期之三個月內有效。
- 二、申請時檢附本同意書為正本，如有塗改，塗改處須蓋有立本同意書人印章，否則視為無效。
- 三、若本委託保險公司授權查詢病歷資料同意書為影本，均需蓋上該保險公司與正本相符之印章，否則視為無效。
- 四、若上述資料未填寫完整、明確、則不與受理。
- 五、授權人未滿20歲，須由法定代理人簽章，並附二人之關係證明(身分證或戶口名簿)，關係證明若為影本請註明「與正本相符」。