

臺北醫學大學附設醫院

病歷資料影印申請委託同意書（保險公司專用）

本人(病人本人或未婚之未成年病人之法定代理人)

病人姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡		身 份 證 號		病 歷 號 碼	
通訊住址	市(縣) 區 鎮 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓								
法定代理人姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡		身 份 證 號		與病人關係	
								電話	
通訊住址	市(縣) 區 鎮 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓								

茲因 保險公司投保 保險理賠之需要，同意由以下保險公司向臺北醫學大學附設醫院查詢病歷資料，請提供____年____月至____年____月之_____（診斷）就診資料及診斷書上其他診斷之最初就醫日期資料。資料影本（ 需要 不需要）請臺北醫學大學附設醫院以雙掛號副知本人。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立同意書人（簽名及蓋章）：

身分證字號：

聯絡電話：

（立同意書人非保險人本人請檢附身分證影本、戶口名簿或戶籍謄本等相關證明文件）

申請日期：中華民國 年 月 日

委託期限：中華民國 年 月 日

備註說明：

1. 保險公司應依授權人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份。
2. 除被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡外，簽立同意書人需為被保險人本人，否則不予受理。
3. 被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡者，應由法定代理人代為簽立同意書。
4. 查詢時請檢附此申請書正本，若以上資料有空白未填則不予受理。
5. 本同意書如有塗改，塗改處需蓋有立同意書人印章，否則本份同意書視為無效，將不予受理。

受託保險公司用印（公司章及負責人章）

經辦人員：

聯絡電話：

本代理申請保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償臺北醫學大學附設醫院因此所衍生之一切損失。