

行政院 國軍退除役官兵輔導委員會 臺北榮民總醫院

病歷資料申請委託書 (保險公司專用)

茲因本人 (或法定代理人) _____ (民國____年____月____日生)
 保險投保 保險理賠之需要, 同意由 _____ 公司向貴院請求下列
 病歷資料(二年內), 以供該公司保險之所需。如有不實或將申請資料作為它用時, 由該
 公司依法負責。

1. _____年____月 ~ _____年____月急診。 診斷: _____
2. _____年____月 ~ _____年____月住院。 診斷: _____
3. _____年____月 ~ _____年____月門診。 診斷: _____
4. 附診斷證明書

<input checked="" type="checkbox"/> 委託人	(簽名或蓋章)	身分證 字號	聯絡 電話
<input checked="" type="checkbox"/> 聯絡 地址			
<input checked="" type="checkbox"/> 法定代 理人	(簽名或蓋章)	身分證 字號	聯絡 電話
<input checked="" type="checkbox"/> 聯絡 地址			

(此代理行為視同本人行為, 並由本人承擔一切責任。如委託人非被保險人本人請檢附
 身分證影本、戶口名簿或戶籍謄本等相關證明文件。)

受託保險公司用印:

本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
 償貴院因此所衍生之一切損失。

保險公司聯絡人: _____ 聯絡電話: _____

授權日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日(必填)

- 備註: 1. 被保險人無行為能力、限制行為能力、為監護之宣告時, 由法定代理人簽立委託書;
 若死亡時, 由具繼承權之親屬簽立。
 2. 申請時請檢附此委託書正本, 如有塗改, 塗改處須蓋有委託人(法定代理人)印章, 否
 則視為無效。
 3. 若上述資料未填寫完整、明確, 則不予受理。本委託書之有效期限為自授權日期起之
三個月內。