

台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院

保險公司專用授權調查病歷資料申請同意書

本人\_\_\_\_\_ (患者本人或患者之法定代理人)授權\_\_\_\_\_人壽保險股份有限公司，查詢 貴院患者\_\_\_\_\_身份證字號\_\_\_\_\_民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生，查詢內容重點及診斷\_\_\_\_\_其\_\_\_\_\_年內相關病史 (同意不同意影印相關病歷資料病理報告出院病歷摘要檢驗檢查報告)。請 貴院會予協助配合，恐口說無憑特立此書為証。

此致 台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院

立同意書人：

身份證字號：

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：

身份證字號：

立同意書與被保險人關係：

(立同意書人非本人請檢附身份證影本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

(公司章及負責人章)

經辦人員：

聯絡電話：

1. 查詢時請檢附此同意書正本，若有塗改需蓋委託人之印章，否則同意書無效，立同意書人非本人時請檢附身份證影本或戶口名簿等關係證明文件。
2. 如代理人\_\_\_\_\_保險公司，有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用時，由代理人\_\_\_\_\_保險公司依法負責。

中華民國 年 月 日【※本授權書有效期限為自即日起三個月】