

病歷資料查詢申請委託同意書 (保險公司專用)

本人 (病人本人或未成年病人之法定代理人)

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
法定代理人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址								電話	

茲因 保險投保 保險理賠之需要，同意由以下保險公司，向國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院查詢病歷資料，請依查詢主要病症提供相關資料。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：

申請日期：中華民國 年 月 日

委託期限：中華民國 年 月 日

代理申請保險公司		代理保險公司聯絡人	
聯絡地址		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，並願賠償國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院因此所衍生之一切損失。