

# 振興醫療財團法人振興醫院

## 病歷資料查詢申請委託同意書（保險公司專用）

病 姓 名		性 別		年 齡		身 份 證 字 號		病 歷 碼	
聯 絡 地 址								聯 絡 電 話	
法 定 代 理 人 姓 名		性 別		年 齡		身 份 證 字 號		與 病 人 關 係	
聯 絡 地 址								聯 絡 電 話	

茲因 保險投保 保險理賠之需要，同意由下列保險公司，向振興醫療財團法人振興醫院查詢\_\_\_\_\_（請填擬查詢之疾病名稱或病歷範圍）病歷資料，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：\_\_\_\_\_（簽名或蓋章）  
 身份證字號：  
 聯絡電話：

申請日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 委託日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

代 理 申 請 保 險 公 司		代 理 申 請 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，並願賠償振興醫療財團法人振興醫院因此所衍生之一切損失。