

大千綜合醫院
DA CHIEN GENERAL HOSPITAL
病歷資料查詢申請書

姓 名		性 別	男 <input checked="" type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生 日期	年	月	日
病 歷 號 碼		身 份 證 字 號 或 居 留 證 字 號						
聯 絡 地 址	縣	鄉 鎮	路	段	巷	弄	號	樓 室
	市	市 區	街					
聯 絡 電 話	()			使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 1.投保 <input type="checkbox"/> 2.理賠 <input type="checkbox"/> 3.其他			
	手 機 :							
法 定 代 理 人				身 份 證 字 號				
法 定 代 理 人 與 病 人 關 係				聯 絡 電 話	()			
					手 機 :			

當 事 人 委 託 書

本人茲因_____ (事由) 之需要，同意由_____ 保險公司向苗栗縣大千綜合醫院查詢病歷資料，請求提供 年 月 至 年 月 之就診資料 (不超過三年為原則)。

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。

✓ 授權人 (病人或其法定代理人) 姓名：

(親自簽章)



代理人 (保險公司) 簽章：

授權日期： 年 月 日

保險公司用印

註：

- 一、 本同意書之有效期限，自授權日期起之六個月內有效。
- 二、 保險公司應附證明文件：
 1. 保險公司公文。
 2. 病歷資料申請委託同意書正本。
 3. 病人本人身分證影本。
 4. 病人未滿 20 歲，需由法定代理人申請，並附兩人之關係證明文件。
 5. 病人已往生，由繼承人申請，請附上繼承人身分證影本，並檢附足資證明繼承身份之文件。
- 三、 以上資料若有空白未填寫，或檢附之證明文件不齊全，則不予受理查詢。