



國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院  
National Cheng Kung University Hospital Dou-Liou Branch

## 委託保險公司查詢病歷資料同意書

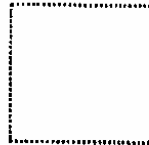
本人\_\_\_\_\_ (身分證字號\_\_\_\_\_ 病歷號\_\_\_\_\_)  
向以下保險公司投保保險，茲因理賠（或核保）用途需要，同意貴院將\_\_\_\_\_年  
\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，病名(診斷)為\_\_\_\_\_ (請務必填寫)  
之相關病歷資料，提供該保險公司。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一  
切責任。

此致

國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院

(以下非病患本人請勿填寫!)

本人簽名並蓋章：\_\_\_\_\_



連絡電話：\_\_\_\_\_

(請附上身份證影本，傳真模糊不清者恕不受理)

(以下若病患本人無法簽署同意書者，請法定代理人填寫!)

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

與被保險人之關係：\_\_\_\_\_

(請附上病患本人及法定代理人身份證影本，或戶口名簿、戶籍謄本等相關證明  
文件，傳真模糊不清者恕不受理)

受委託保險公司用印處：

經辦人員：

連絡電話：

※重要備註說明：

1. 保險公司應依授權人需求隨公文附上回郵信封乙份。
2. 除被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡外，簽立本同意書人需為被保險人本人，否則不予受理。
3. 被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡者，應由法定代理人代為簽立本同意書。
4. 保險公司查詢病歷資料請檢附此同意書正本，若以上資料有空白則不予受理。