

本人（或法定代理人）_____同意授權委託由_____保

險股份有限公司，查詢因保險理賠或投保所需資料，而向貴院查詢本人（被保險

人）_____之_____相關病歷資料，檢

請填姓名

請填擬查詢病歷範圍

附本人之身分證影本，若發生任何爭議概與貴院無關。

此 致 敏威綜合醫院 醫院

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

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：

身分證字號：

立同意書人與被保險人關係：

(請檢附身分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：

中 華 民 國 年 月 日

附註：以上資料若有空白未填則不予受理查詢