

委託保險公司複印病歷資料同意書

病人姓名		性別		年齡		身分證字號/ 居留證字號													
聯絡地址														電話()		手機			
法定代理人		性別		年齡		身分證字號/ 居留證字號													
與病人關係		簽名														電話()		手機	

當事人委託書

本人因 投保 理賠 其他 _____ 之需要，同意委託 _____ 保險公司，向 新光吳火獅紀念醫院 申請複印病歷資料，請求提供 (請擇一)

1. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 急診 (六個月內)，診斷：_____
2. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 住院 (六個月內)，診斷：_____
3. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 門診 (一年內)，診斷：_____

此致 新光吳火獅紀念醫院

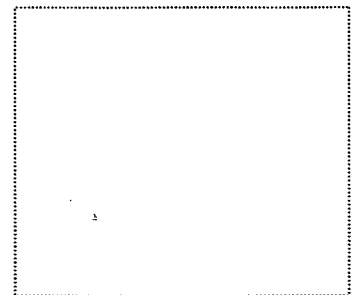
授權人 (病人或其法定代理人或繼承人) 姓名：_____ (親自簽名或蓋章)

授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填，自授權日期起之三個月內有效。)

如代理人 _____ 保險公司有以下情形時，由代理人負完全法律責任。

1. 逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用。
2. 病歷資料申請委託同意書如發生異議時。

代理人 (保險機構) 公司章：



備註：一、保險機構應附證明文件：

1. 病歷資料同意查詢申請書正本。
2. 授權人未滿 20 歲，需由法定代理人簽章，並附二人之關係證明 (身份證或戶口名簿)，關係證明若為影本請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』。

二、相關資料及證明文件請依規定提供完整，以免影響權益。