

委託保險公司查詢病歷資料同意書

本人（或法定代理人）_____ 同意授權委託
_____ 保險股份有限公司，因保險理賠或投保所需，
而向 貴院查詢本人（被保險人）_____ 之
_____ 相關病歷資料；
檢附本人之身份證件影本，若發生任何爭議概與 貴院無關。

此 致 林新醫療社團法人林新醫院

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)