

臺北市立聯合醫院

委託保險公司查詢病歷資料同意書（當事人委託書）

本人茲因_____（事由）之需要，
同意由_____保險公司，向臺北市立聯合醫院_____院區
查詢病歷資料，請求提供（下列資料請擇一）：

- _____年_____月_____日急診兩週內相關資料
 _____年_____月_____日該次住院及前後兩週門急診資料
 _____年_____月_____日起三個月內門診特定診斷_____資料
 _____年_____月_____日起三個月內門診特定期間資料
 _____年_____月_____日於本院最後就診日內前三個月資料

※ 若修改請務必於改處簽章

此致 臺北市立聯合醫院（_____院區）

立同意書人： 簽名加蓋章

身分證字號：

住 址：

聯絡電話：

（請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件）

立同意書人非被保險人本人者請填下列資料：

被保險人： 簽名加蓋章

身分證字號：

立同意書與被保險人關係：

（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或未核章則不予受理